RAPPORT DU COMITE SUR L'ACCESSIBILITE DES SERVICES DE SANTE ET DES SERVICES SOCIAUX DU RESEAU AUX COMMUNAUTES CULTURELLES

PRESENTE
PAR

MONSIEUR CHRISTOS SIRROS
DEPUTE DE LAURIER ET
ADJOINT PARLEMENTAIRE A LA MINISTRE

A
MADAME THERESE LAVOIE-ROUX
MINISTRE DE LA SANTE ET DES
SERVICES SOCIAUX

QUEBEC, NOVEMBRE 1987

PRESIDENT: Monsieur Christos Sirros
Député de Laurier et
Adjoint parlementaire à la Ministre
de la Santé et des Services sociaux

MEMBRES : Mesdames Tassia Giannakis
Isa Iasenza
Luciana Soave
Phuong Trinh

Messieurs Raphael Assor
André Cimon
Osé Domond
Renaud Falcati
Jean Isseri
Bertrand Lebel
Waheed Malik
Roger Richard
Marc Romulus

AVANT-PROPOS

Ce rapport est le fruit d'une réflexion amorcée en juin 1986 par le Comité consultatif sur l'accessibilité des services des établissements du réseau aux communautés culturelles.

Ce comité a été mis sur pied grâce à l'initiative de Madame Thérèse Lavoie-Roux, ministre de la Santé et des Services sociaux, qui en a confié la présidence à Monsieur Christos Sirros, député de Laurier et adjoint parlementaire à la ministre. Le mandat du comité est le suivant:

1) faire la synthèse et l'évaluation des diverses recommandations faites à ce jour au chapitre de l'accessibilité des services sociaux aux communautés culturelles (table des Directeurs généraux, Conseils régionaux de la santé et des services sociaux, Comité de travail sur l'accessibilité des services sociaux aux communautés culturelles, etc.);

2) examiner la réglementation existante et proposer des modifications, ajouts ou changements dans le but de rendre le réseau plus accessible aux communautés culturelles;

3) faire des recommandations qui lui semblent les plus appropriées pour assurer l'accessibilité des communautés culturelles aux divers services sociaux des établissements du réseau des services sociaux (Centre de services sociaux, Centre local de services communautaires, Centre d'accueil, Centre d'accueil de réadaptation).

Ce comité est composé d'intervenants, membres des différentes communautés culturelles, et de représentants de divers organismes gouvernementaux oeuvrant dans le domaine de la prestation de services.

REMERCIEMENTS

Le Comité sur l'accessibilité des services de santé et des services sociaux aux communautés culturelles désire remercier tous ceux et celles qui ont participé de près ou de loin à l'élaboration de ce rapport et à la collecte d'informations.

Le Comité désire remercier également Madame Nicole Boucher qui, en qualité de permanente du Comité, a assuré la coordination, la recherche, la collecte d'informations et la rédaction de ce rapport de même que Madame Michèle Fortin pour la révision des textes.

TABLE DES MATIERES

AVANT-PROPOS. i
REMERCIEMENTS ii
TABLE DES MATIERES. iii
PREFACE iv
INTRODUCTION. 1

CHAPITRE 1. 8

1. L'IMMIGRATION ET LES COMMUNAUTES CULTURELLES AU QUEBEC 8

1.1 L'immigration au Québec: tradition et croissance actuelle du phénomène. 8
1.1.1 Le Québec, terre d'immigration. 8
1.1.2 Croissance de l'immigration régulière à partir de 1987. 12
1.1.3 Le récent mouvement des revendicateurs du statut de réfugié au Canada 13
1.1.4 Les étudiants étrangers et les travailleurs temporaires 13
1.2 Les communautés culturelles au Québec. 14
1.2.1 Définition et importance dans la population québécoise. 14
1.2.2 L'intégration socio-économique des communautés culturelles du Québec 16
1.3 Les services du M.C.C.I. dans les domaines de l'immigration et dans celui de l'adaptation. 19
1.3.1 Les services d'immigration. 19
1.3.2 Les services d'adaptation 19
1.4 La participation du Ministère des Communautés culturelles et de l'Immigration dans le dossier de l'accessibilité des communautés culturelles aux services sociaux et de santé 21
1.5 L'amélioration des relations entre les communautés culturelles et les établissements de santé et de services sociaux: un défi pour l'avenir 24

CHAPITRE 11. 25

2. L'ACCESSIBILITE DES SERVICES DE SANTE ET DES SERVICES SOCIAUX AUX COMMUNAUTES CULTURELLES DU QUEBEC: UN DEFI POUR LE RESEAU, UNE NECESSITE 25

2.1 La situation actuelle: une adaptation difficile. 25
2.2 Les facteurs d'accessibilité 36
2.2.1 L'information: inaccessible ou inadéquate. 37
2.2.2 La communication. 39
2.2.3 La participation des communautés culturelles au système. 47

CHAPITRE 111. 50

3. LES SOLUTIONS OPERATIONNELLES, LES MESURES CONCRETES RECOMMANDEES PAR LE COMITE 50

3.1 Programme d'information. 50
3.2 Programme de communication 51
3.3 Programme de participation 56
3.4 Programme d'accès à l'égalité en emploi pour les communautés culturelles au sein du réseau. 58
3.5 Programme de sensibilisation 61
3.6 Programme de formation de base 64
3.7 Programme de recrutement et de formation de personnel compétent pour répondre aux besoins des communautés culturelles dans le réseau. 65
3.8 Programme communautaire. 73
3.9 Programme de promotion de la recherche sociale. 80
3.10 Programme d'adaptation des services. 82
3.10.1 L'adaptation aux réalités ethno-culturelles. 83
3.10.2 Le problème de la masse critique . . . 84

CHAPITRE 1V. 86

4. LE ROLE DU MINISTERE DE LA SANTE ET DES SERVICES SOCIAUX ET L'IMPLANTATION DE MESURES ASSURANT L'ACCESSIBILITE DES SERVICES DE SANTE ET DES SERVICES SOCIAUX DU RESEAU AUX COMMUNAUTES CULTURELLES 86

4.1 Etat de la situation. 86
4.2 Notre conception du rôle du Ministère de la Santé et des Services sociaux 88
4.3 Activités à réaliser en priorité. 91

LISTE DES RECOMMANDATIONS DU COMITE. 93
NOTES ET REFERENCES. 96
BIBLIOGRAPHIE. 105
LEXIQUE. 116
ANNEXES. 117

PREFACE

Beaucoup a été dit sur la question de l'adaptation des services sociaux aux besoins des communautés culturelles, mais peu a été fait.

Les membres des communautés culturelles et, plus particulièrement, les groupes qui oeuvrent dans le domaine se sentent "étouffés par amour". Le réseau des affaires sociales s'intéresse à la question depuis maintenant dix ans. Colloques, comités, rapports, consultations ont suivi les uns après les autres. Et pourtant, dix ans plus tard, le Ministère de la Santé et des Services sociaux ne dispose d'aucune structure qui permette de tenir compte d'une réalité de plus en plus évidente - celle d'une clientèle de plus en plus diversifiée sur le plan des origines avec tout ce que ceci comporte en termes de besoins de services.

Nombreuses sont les personnes qui, indépendamment de leur origine, sont à un moment donné de leur vie confrontées à une situation qui les amènent à demander de l'aide au réseau des services sociaux et de santé. Il n'est jamais facile de le faire. Le faire et ne pas être compris risque d'être pire que de ne l'avoir jamais fait.

C'est pourtant ce qui arrive trop souvent aux membres des communautés culturelles dans un réseau qui est quand même parmi les plus complets et les mieux conçus au monde.

Devant faire face à des exigences de vie radicalement différentes de celles de leur pays d'origine et confrontés à une société moderne la plupart du temps sans les instruments de base (langue, éducation, profession), les membres des communautés culturelles, surtout les plus récentes, rencontrent leur part de difficultés "psycho-sociales" et "socio-affectives" pour utiliser le jargon. Et trop souvent, le réseau est incapable de répondre.

Continuer comme nous le faisons depuis toujours nous condamne à nous en remettre au bon vouloir des administrateurs, d'espérer qu'un plan d'ensemble sera un jour créé et que le tout se concrétisera. Et pourtant, au fond de nous, nous savons que ce n'est pas ainsi que les choses se font. Ne pas aborder directement la question de l'accessibilité des services aux

communautés culturelles maintenant nous condamnera à payer la note, beaucoup plus élevée, dans un avenir très proche, en termes de coûts sociaux et en termes de dollars aussi. ("Mieux vaut prévenir que guérir" dit le proverbe dans plus d'une langue).

Le réseau des affaires sociales est prêt à relever le défi. Un grand nombre de personnes sont sensibilisées et ouvertes à la nouvelle réalité d'un Québec de plus en plus multi-ethnique et elles veulent coexister harmonieusement. Dans la mesure où leur champ d'action peut aider à cette réussite, elles sont prêtes à faire leur part. Elles attendent un signal et le tracé d'une voie à suivre.

Le rapport du Comité, mis sur pied grâce à l'initiative de la Ministre de la Santé et des Services sociaux et que j'ai eu l'honneur de présider, présente une série de recommandations qui traduisent les espoirs et les attentes des communautés culturelles dans ce dossier.

Le rapport contient également une bibliographie élaborée sur la question. J'ose espérer que ce rapport permettra, tant au gouvernement qu'aux planificateurs, d'aborder ce dossier avec toute l'information nécessaire et qu'ils y ajouteront leur volonté d'agir et leur détermination.

Le député de Laurier et adjoint
parlementaire à la ministre,

Christos Sirros

INTRODUCTION

A) Origine de la question

Suite à la mise en place du réseau de santé et de service social, en 1971, la question de l'accessibilité de ces services aux communautés culturelles est vite apparue comme problématique. Un nombre important de comités et de colloques ont souligné l'importance d'assurer l'accessibilité des services publics de santé et de service social aux communautés culturelles.

Déjà, en juin 1977, lors d'un colloque tenu par le Comité consultatif de l'immigration (4 et 5 juin 1977 (1), de nombreux représentants d'associations ethniques soulignent qu'il est essentiel que toutes les catégories d'immigrants aient droit à tous les services dès leur arrivée. Les C.L.S.C. sont présentés comme une structure d'accueil et d'intégration devant jouer un rôle déterminant dans la prestation de services auprès des immigrants et des communautés culturelles. La consultation des communautés ethniques au sein des institutions du réseau est vivement encouragée.

Si ce droit des communautés culturelles aux services de santé et aux services sociaux est rapidement reconnu par le gouvernement et le ministère des Affaires sociales, sa mise en application présente des difficultés. C'est du moins le constat fait en 1979 lors du colloque organisé par les C.L.S.C. St-Louis-du-Parc, Côte-des-Neiges et Parc Extension (2).

En mars 1981, le gouvernement du Québec, dans son plan d'action à l'intention des communautés culturelles (3), définit trois mesures principales susceptibles de faciliter l'accès des services de santé et des services sociaux du réseau aux communautés culturelles.

Il s'agit de:

"Encourager, en collaboration avec les syndicats, l'embauche de personnes aptes à communiquer dans leur langue d'origine avec les clients issus des communautés culturelles et, surtout, les personnes âgées."

"Fournir, dans la mesure du possible, les services dans les langues d'origine de la clientèle des services d'urgence et des cliniques externes (hôpitaux et C.L.S.C.) dans les quartiers où sont concentrées ces communautés, notamment à Montréal."

"Faire en sorte que les Conseils régionaux de la santé et des services sociaux (C.R.S.S.S.) s'assurent de la participation des communautés culturelles dans le processus d'élection de leurs conseils d'administration."

Le 25 mars 1982, le conseil d'administration du Conseil de la Santé et des services sociaux de la région du Montréal métropolitain (C.S.S.R.M.M.) adopte les grandes lignes d'une politique d'accessibilité aux services sociaux et de santé pour les communautés culturelles (4). Cette politique précise que les établissements du réseau se reconnaissent la responsabilité de rendre leurs services accessibles aux populations des groupes ethniques et que le réseau doit contribuer à leur intégration sociale.

Le Comité d'implantation du plan d'action à l'intention des communautés culturelles (C.I.P.A.C.C.) a donné un avis favorable à cette politique et recommandé que le ministère des Affaires sociales s'engage directement dans le dossier (5).

Une circulaire du ministère des Affaires sociales, en date du 19 août 1982, vient consacrer la politique (6) d'accessibilité aux services sociaux et de santé. Cette directive, adressée aux directeurs généraux des établissements de santé et de services sociaux et de conseils régionaux, stipule que les établissements et les conseils régionaux doivent élaborer des mesures pour favoriser:

- l'embauche de personnes issues des communautés culturelles pour certaines fonctions ou, à tout le moins, aptes à communiquer dans leur langue d'origine avec les clients issus de ces communautés, notamment dans certains établissements de la région de Montréal où sont surtout concentrées ces communautés;

- la participation des communautés culturelles au sein des conseils d'administration des établissements;

- la mise en place de programmes de sensibilisation du personnel du réseau.

Diverses démarches d'étude, de concertation et d'élaboration de plan d'action ont été entreprises depuis pour l'implantation de cette politique par les C.R.S.S.S. et les établissements, mais le processus est très lent (7). En fait, selon le C.I.P.A.C.C. (8), en 1984, on n'avait pu encore mesurer l'impact de cette circulaire dans le réseau des Affaires sociales. Pour sa part, le C.T.A.S.S.C.C.*, groupe de pression formé par 30 organismes non-gouvernementaux (O.N.G.) pour promouvoir la mise en application des mesures définies par les politiques officielles du gouvernement et du M.A.S. vis-à-vis de l'accessibilité des services de santé et des services sociaux aux communautés culturelles, considère que les résultats se font attendre.

En 1985, il réclame ardemment du Ministre l'application intégrale de la politique d'accessibilité de même qu'en 1986, dans son mémoire présenté à la commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux.

Depuis, le C.T.A.S.S.C.C. réclame que les organismes communautaires, issus des différentes communautés culturelles, soient reconnus comme partenaires et qu'un mode de collaboration entre les établissements du réseau et les services communautaires soit établi.

C'est pourquoi, suite aux nombreuses représentations faites auprès du Ministère pour réclamer une réelle amélioration de la situation, madame la Ministre Thérèse Lavoie-Roux a convenu de la nécessité de réajuster la politique du Ministère en fonction de l'évolution de la situation.

* Voir lexique.

Le présent comité consultatif sur l'accessibilité des services de santé et des services sociaux du réseau s'est donc vu confier la tâche de prendre connaissance des diverses recommandations faites à date et de proposer les mesures qui lui semblent les plus appropriées pour assurer l'accessibilité des services du réseau aux communautés culturelles.

B) Objectifs du Comité consultatif sur l'accessibilité des services de santé et méthodologie de travail.

Compte tenu des délais donnés au comité consultatif, nous avons exclu l'idée de faire une étude systématique des besoins des communautés culturelles, des services dont elles disposent actuellement et des lacunes existantes. Même si cette étude s'avère essentielle à moyen terme, pour le moment, le comité préfère appuyer sa réflexion sur les démarches entreprises depuis plusieurs années auprès de divers établissements, du Ministère des Communautés culturelles et de l'Immigration, des O.N.G. et de groupes de pression.

Le comité s'est donné comme objectif principal de:

FAIRE LE POINT SUR LA SITUATION A PARTIR DE L'ENSEMBLE DES DONNEES ET DES CONNAISSANCES PERTINENTES DISPONIBLES AFIN DE FAIRE DES RECOMMANDATIONS QUI LUI SEMBLENT LES PLUS APPROPRIEES POUR ASSURER L'ACCESSIBILITE DES COMMUNAUTES CULTURELLES AUX DIVERS SERVICES SOCIAUX DES ETABLISSEMENTS DU RESEAU (C.S.S., C.L.S.C., C.A., C.A.R.).

Pour ce faire, le Comité a adopté essentiellement une démarche de travail avec les objectifs secondaires suivants:

a) Retracer l'historique du développement de cette question et des progrès accomplis.

b) Etudier l'ensemble des documents et des rapports présentés jusqu'à maintenant par le C.I.P.A.C.C., le C.T.A.S.C.C., le Ministère des Communautés culturelles et de l'Immigration, les C.R.S.S.S., les rapports présentés à la Commission Rochon, etc. (voir la liste des documents étudiés en annexe 1).

c) Préparer un inventaire approximatif des réalisations dans le réseau et hors réseau.

d) Faire état de la réglementation.

e) Faire état de la connaissance et des recherches sur les questions touchant aux services de santé et aux services sociaux pour les communautés culturelles au Québec.

Les moyens utilisés pour atteindre ces objectifs:

a) Inventaire et étude de l'ensemble de la documentation disponible sur le sujet (c.f. annexe 1).

b) Collecte de cas significatifs.

c) Participation aux divers colloques organisés sur le sujet.

d) Collecte d'informations complémentaires auprès de personnes ressources sur les problèmes particuliers auxquels font face divers groupes ethno-linguistiques.

e) Contacts auprès d'intervenants et de gestionnaires sur les problèmes rencontrés par les établissements.

f) Contacts avec les C.R.S.S.S. du Québec pour avoir un aperçu des réalisations depuis 1982.

g) Démarche auprès des agents d'accueil et de liaison des 10 projets-jumelage afin d'évaluer la situation et les difficultés rencontrées.

A la lumière des principes généraux orientant l'action du Ministère, l'ensemble de ces travaux nous a permis de proposer les mesures nécessaires pour rendre accessibles les services du réseau aux communautés culturelles.

C) Rappel de principes généraux

Les principes de base servant à définir et à situer l'action du Ministère en vue de rendre davantage accessibles les services du réseau de santé et des services sociaux aux communautés culturelles sont ceux établis par la Loi sur les services de santé et les services sociaux.

L'application de cette loi incombe à la Ministre de la Santé et des Services sociaux qui exerce à la fois un contrôle de nature politique et de nature administrative. Elle répond en outre de cette loi devant l'Assemblée nationale.

La Ministre exerce les pouvoirs que la Loi sur les services de santé et les services sociaux lui confère de façon à rendre accessible à toute personne, d'une façon continue et pendant toute sa vie, la gamme complète des services de santé et des services sociaux, y compris la prévention et la réadaptation, de façon à répondre aux besoins des individus, des familles et des groupes aux plans physique, psychique et social.

A notre avis, les principes d'accessibilité et de continuité sont fondés sur un service personnalisé, respectant la spécificité culturelle et linguistique des membres des communautés culturelles. Ce service doit être assuré de façon continue entre les différentes ressources et être de qualité égale pour l'ensemble de la population, y compris les communautés culturelles.

Il s'agit en premier lieu d'une question d'équité.

De plus, il est de notre devoir de maintenir toute la population en bonne santé physique et mentale. Il est également de notre devoir de faciliter l'intégration des nouveaux arrivants en respectant leurs valeurs et leur identité culturelle.

L'évolution du Québec vers une société de plus en plus multiculturelle et multiraciale entraîne l'émergence de nouveaux besoins en matière de santé et de services sociaux et la responsabilité de répondre à ces nouveaux besoins revient au Ministère de la Santé et des Services sociaux.

D) Contenu du rapport

Si le mandat du M.S.S.S. est clairement défini, les modalités concrètes d'application de ces droits des communautés culturelles et de la responsabilité ministérielle doivent être clarifiées.

Le présent document rend compte de l'évaluation de la situation effectuée à l'intention du Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec par le Comité consultatif sur l'accessibilité des établissements du réseau aux communautés culturelles et propose des mesures concrètes pour améliorer la situation.

CHAPITRE 1

1. L'IMMIGRATION ET LES COMMUNAUTES CULTURELLES AU QUEBEC

Avant d'examiner les relations réciproques du réseau des établissements de santé et de services sociaux avec les Québécois membres des communautés culturelles, il est utile en premier lieu de faire le point sur l'ampleur des changements de la composition ethno-linguistique de la population du Québec. Pour y arriver, nous fournirons des données générales sur les tendances passées et futures de l'immigration québécoise et nous donnerons un aperçu de l'importance numérique et de l'intégration socio-économique des Québécois membres des communautés culturelles. Par la suite, les services actuels du Ministère des Communautés culturelles et de l'Immigration seront présentés de même que la participation de ce Ministère dans le dossier de l'accessibilité des services sociaux et de santé à l'égard de la clientèle de certains candidats à l'immigration et des Québécois membres des communautés culturelles. Pour terminer, nous rappellerons les engagements pris par le gouvernement du Québec lors de la déclaration de décembre 1986 sur les relations inter-ethniques et inter-raciales et nous soulignerons les nouveaux défis qui attendent la société québécoise.

1.1 L'immigration au Québec: tradition et croissance actuelle du phénomène

1.1.1 Le Québec, terre d'immigration

Le Québec a accueilli près d'un million d'immigrants depuis la fin de la Seconde guerre mondiale, soit une moyenne d'un peu plus de 25 000 personnes par an. Toutefois, les variations annuelles ont été fortes: aussi peu que 8 272 en 1947 jusqu'à 55 073 en 1957. Depuis les années soixante, les moyennes annuelles ont connu une baisse régulière: de 35 800 entre 1965 et 1969, à 24 300 au cours de la période 1970-74, à 22 000 au cours des années 1975-79, pour enfin se situer autour de 18 000 au cours des six dernières années.

Depuis 1978, le Québec a acquis les pouvoirs de recruter et de sélectionner ses immigrants en vertu d'une entente fédérale-provinciale (Entente Couture-Cullen). Ces nouveaux pouvoirs ont causé une expansion assez considérable du rôle du Ministère des Communautés culturelles et de l'Immigration, non seulement au plan de la sélection des immigrants, mais également dans les domaines de l'accueil, de la francisation et de l'intégration à plus long terme des membres des communautés culturelles à la société québécoise. Le récent accord constitutionnel du Lac Meech nous permet de croire que le rôle du M.C.C.I. sera encore plus important à l'avenir.

Les immigrants qui sont admis au Québec appartiennent à trois principales catégories: celle des indépendants, de la famille et des réfugiés. La première catérogie est régie par une grille de sélection tant québécoise que fédérale, tandis que les deux dernières répondent à des principes sociaux et humanitaires, à savoir la réunification des familles et la solidarité à l'égard des personnes en situation de détresse.

La grille de sélection tient compte de plusieurs facteurs, notamment de ceux qui touchent l'évolution des besoins du marché du travail. De 1975 à 1984, sur les 205 940 immigrants admis, 55% faisaient partie de la catégorie des indépendants (incluant les parents aidés), 35% de la catégorie de la famille et 17% de celle des réfugiés.

Le continent asiatique est celui qui a fourni le plus d'immigrants au cours de la période 1975 à 1984, soit 33% du volume total. On retrouve par la suite l'Amérique (30%), l'Europe (29%) et l'Afrique (8%). La part de l'Europe a eu tendance à diminuer sensiblement au cours des dernières années, au profit d'autres régions telles le Sud-Est asiatique, l'Amérique centrale et le Moyen-Orient.

TABLEAU no 1

Répartition des immigrants admis au Québec selon les 15 principaux pays de naissance, 1976-1985

Pays de naissance	1976 - 1985	
	nombre	%
- Haiti	21 724	11,3
- Vietnam	17 974	9,3
- France	11 750	6,1
- Etats-Unis	9 082	4,7
- Liban	7 983	4,1
- Royaume-Uni	7 380	3,8
- Kampuchea	6 309	3,3
- Inde	5 481	2,8
- Italie	5 127	2,7
- Portugal	5 093	2,7
- Chine populaire	4 417	2,3
- Maroc	4 262	2,2
- Pologne	3 999	2,1
- Chili	3 739	1,9
- Egypte	3 514	1,8
- Autres pays	74 948	38,9
TOTAL	192 782	100,0

Source: Direction de la recherche, M.C.C.I.

TABLEAU no 2

Répartition des immigrants admis au Québec selon les 15 principaux pays de naissance, 1985

Pays de naissance	1985	
	nombre	%
- Vietnam	1 499	10,1
- Haiti	1 253	8,4
- Liban	849	5,7
- France	744	5,0
- Hong Kong	657	4,4
- Iran	533	3,6
- El Salvador	526	3,5
- Etats-Unis	472	3,2
- Chine populaire	440	3,0
- Guatemala	425	2,8
- Maroc	403	2,7
- Pologne	356	2,4
- Inde	338	2,3
- Royaume-Uni	292	2,0
- Portugal	256	1,7
- Autres pays	5 841	39,2
TOTAL	14 884	100,0

Source: Direction de la recherche, M.C.C.I.

Le sexe, l'âge et la région de destination des immigrants n'ont presque pas changé au cours des dernières années. A ce chapitre, une répartition égale des hommes et des femmes, une moyenne d'âge inférieure à 30 ans et un désir de s'établir à plus de 80% dans la région de Montréal caractérisent le récent mouvement d'immigration.

Le niveau de compétence linguistique des immigrants s'établissait comme suit au moment de leur arrivée pour la période 1975-1984: 36% déclaraient ignorer le français et l'anglais, 28% connaissaient uniquement le français, 25% uniquement l'anglais et 11% disaient connaître le français et l'anglais. Par son réseau des Centres d'orientation et de formation des immigrants (C.O.F.I.), par des contrats de service avec des commissions scolaires et avec d'autres organismes, le M.C.C.I. rejoint chaque année une bonne partie des immigrants non francophones. Ceux qui se destinent au marché du travail et qui sont admis à titre d'indépendants ou de réfugiés peuvent recevoir des allocations financières.

1.1.2 Croissance de l'immigration régulière à partir de 1987

Se basant sur des études démographiques qui démontrent un très faible taux de natalité de même qu'un bilan migratoire interprovincial longtemps déficitaire, et considérant l'amélioration des indices de la performance économique du Québec, le Conseil des ministres a récemment:

> "décidé de favoriser une reprise graduelle de l'immigration au cours des prochaines années et de prévoir des conditions d'immigration plus ouvertes. C'est ainsi que le Conseil des ministres a convenu d'établir pour 1987 un niveau d'immigration entre 20 000 et 22 000 ressortissants étrangers."

C'est donc dire que, par rapport à 1986 où le Québec a connu un niveau de 18 000 immigrants, on s'apprête à recevoir progressivement plus d'immigrants, jusqu'à des niveaux de 30 000 à 35 000, tels qu'ils étaient à la fin des années soixante. Le gouvernement espère donc en arriver à accueillir 25% de l'immigration canadienne, la part que le Québec représente dans la confédération canadienne. Jusqu'ici, la part de l'immigration québécoise représentait quelque 17% de toute l'immigration du Canada.

1.1.3 Le récent mouvement des revendicateurs du statut de réfugié au Canada

Selon une étude du Conseil des communautés culturelles et de l'immigration (9), on dénombrerait 26 800 revendicateurs dont les dossiers auraient été traités au M.C.C.I. de 1983 à 1986. On ne sait, toutefois, si toutes ces personnes résident encore au Québec. Auparavant, les personnes se réclamant individuellement du titre de réfugié étaient peu nombreuses et leurs demandes étaient souvent traitées à l'extérieur du Canada. Utilisant la possibilité de déposer au Canada une demande de reconnaissance de ce statut, à partir de 1983, de très nombreuses personnes sont arrivées directement au Québec avec le droit de demeurer au pays tant et aussi longtemps que leur cas ne serait pas tranché par les autorités fédérales.

Pour ceux qui sont arrivés avant le 21 mai 1986, une procédure accélérée de traitement de ces demandes, prévoyant la participation du Québec dans la sélection de ces personnes, a été mise en place par le gouvernement fédéral. Pour ceux arrivés après cette date, leur dossier suivra une autre filière administrative tant et aussi longtemps que le gouvernement fédéral n'apportera pas de modifications à sa Loi sur l'immigration.

Près de 60% des revendicateurs arrivés entre 1983 et 1985 venaient du Sri Lanka, d'Iran, du Salvador, de la République dominicaine et d'Haiti. En termes d'années de scolarité et d'expérience professionnelle, le profil des revendicateurs ressemble à celui des immigrants réguliers. Toutefois, les revendicateurs diffèrent beaucoup des immigrants réguliers dans le fait qu'on y retrouve une proportion très élevée d'hommes célibataires.

1.1.4 Les étudiants étrangers et les travailleurs temporaires

En plus des immigrés réguliers et des revendicateurs du statut de réfugié, une autre catégorie de personnes séjournent au Québec et a droit aux services de santé et aux services sociaux. Il s'agit des travailleurs temporaires auxquels le M.C.C.I. accorde, selon certains critères, un certificat d'acceptation, préalable à l'octroi d'un permis de séjour par les autorités fédérales. A ces personnes s'ajoutent à l'occasion quelques cas de ressortissants étrangers nécessitant des soins médicaux.

Au cours des dernières années, de 13 000 à 15 000 permis de travail sont accordés annuellement pour une durée moyenne de séjour de 20 semaines, alors que de 10 000 à 12 000 permis d'étude sont octroyés par année pour une durée moyenne de séjour de 35 semaines.

1.2 Les communautés culturelles au Québec

1 2.1 Définition et importance dans la population québécoise

Le terme de communautés culturelles, utilisé par le gouvernement du Québec depuis 1981, désigne l'ensemble des nouvelles communautés venues s'ajouter surtout au XXe siècle aux communautés déjà présentes au Québec, ces dernières étant composées principalement des descendants d'origine amérindienne, inuit, française et britannique.

La réalité des communautés culturelles est difficile à cerner de façon très précise. Aucun critère simple ou objectif ne peut permettre de distinguer chacune d'entre elles. En effet, certaines se distinguent selon l'origine ethnique ou la langue commune, d'autres par le pays de naissance, la région d'un pays, le continent d'origine ou encore par la religion, ou bien par la race. Ce phénomène d'identification multiple rend les compilations statistiques souvent périlleuses d'autant plus que les définitions du recensement ne correspondent pas souvent à celles que se donnent les communautés elles-mêmes. Quoiqu'il en soit, le Ministère des Communautés culturelles et de l'Immigration a adopté le point de vue selon lequel ce sont aux individus et à leurs associations que revient le soin de se définir selon l'une ou plusieurs caractéristiques communes. Ajoutons que plus une communauté culturelles est établie depuis longtemps au Québec, plus la proportion des personnes nées au Québec augmente.

En se basant sur les renseignements obtenus lors du recensement de 1981, les Québécois qui ont déclaré une origine ethnique se répartissent comme suit: Français (81,8%), Britanniques (7,8%), autochtones (0,7%) et autres (9,6%). C'est donc dire qu'environ 10% de la population du Québec appartiendrait à ce que le gouvernement du Québec désigne sous le terme de communautés culturelles (italienne, juive, grecque, allemande, portugaise, arabe, haitienne, etc.)

Toutefois, la part des communautés culturelles dans la population du Québec est sûrement plus élevée que 10%. En effet, les données du recensement de 1981 sous-estiment la taille de certaines communautés, en particulier les communautés juive, haitienne, noire anglophone, arabe, chinoise et latino-américaine.

Une méconnaissance des objectifs d'un recensement et une grande mobilité sur le territoire font que certaines personnes ne répondent pas. D'autre part, des déclarations en faveur du français ou de l'anglais au lieu de leur véritable langue maternelle et l'absence de questions précises sur la race et l'appartenance ethno-culturelle contribuent également à une sous-estimation de la taille réelle de plusieurs communautés.

Par ailleurs, aux données de 1981, il faudrait pouvoir ajouter l'ensemble des immigrés admis et résidant au Québec dans chacune des communautés et pouvoir additionner les enfants qu'ils ont eus depuis leur arrivée. De plus, il faudrait soustraire les personnes décédées et les personnes ayant migré hors du Québec.

Le lecteur curieux de données statistiques trouvera en annexe 111 une série de tableaux qui illustrent la complexité du phénomène des communautés culturelles. Ces tableaux donnent des renseignements sur la population du Québec en juin 1981 à l'égard:

- de l'origine ethnique par sexe;
- de l'origine ethnique par lieu de naissance;
- de l'importance et de la concentration de certains groupes linguistiques dans la région métropolitaine de Montréal selon le lieu de naissance;
- de la structure par âge de la population née à l'étranger selon le pays de naissance;
- du lieu de naissance;
- de la langue parlée à la maison;
- de la langue maternelle par sexe.

Toutes les communautés culturelles n'en sont pas au même stade d'accroissement de leurs membres. Ainsi, depuis le recensement de 1981, la taille des communautés s'est plus ou moins accrue avec l'arrivée de nouveaux résidents permanents au Québec. En utilisant directement les données du recensement et une étude spéciale du gouvernement fédéral sur les minorités visibles, on peut classer une vingtaine des principales communautés culturelles du Québec selon le degré d'accroissement de leur taille au cours des cinq années qui ont suivi le recensement de 1981.

- Communautés culturelles en forte expansion (plus de 20%): Haitiens, Noirs anglophones, Arabes, Chinois, Latino-Américains, Vietnamiens, Cambodgiens, Laotiens, Sri-Lankais.

- Communautés culturelles en moyenne expansion (de 10 à 20%): Polonais, Indo-pakistanais, Arméniens.

- Communautés culturelles en faible expansion (moins de 10%): Italiens, Juifs, Grecs, Allemands, Portugais, Ukrainiens, Hongrois.

Retenons, aux fins de planification sociale, les éléments généraux suivants concernant les communautés culturelles:

- leur très forte concentration dans la région métropolitaine de Montréal;

- la grande dispersion de leurs membres sur le territoire de la région métropolitaine de Montréal;

- la faible taille de plusieurs communautés culturelles, surtout parmi les plus récentes;

- l'attachement de plusieurs communautés à leur langue maternelle et à leur culture d'origine;

- le faible niveau de connaissance des langues française et anglaise dans certaines communautés nouvellement implantées au Québec.

1.2.2 L'intégration socio-économique des communautés culturelles du Québec

La partie de la population des membres des communautés culturelles qui est née à l'étranger a fait l'objet d'une étude de la Direction de la recherche du M.C.C.I. Basée sur les données du recensement de 1981, cette étude inclut toutefois deux catégories d'immigrants assez favorisés et qui sont exclus habituellement de la définition gouvernementale des communautés culturelles, à savoir les personnes nées en Grande-Bretagne et aux Etats-Unis.

Quoiqu'il en soit, cette recherche fait ressortir que les caractéristiques socio-économiques (années de scolarité, types d'occupation, taux d'activité, taux de chômage, revenus, etc.) de l'ensemble de la population immigrée du Québec sont un peu plus favorables que celles du reste de la population née au Québec.

Globalement, la population immigrée présente un taux d'activité de la main-d'oeuvre plus élevé et un taux de chômage plus faible. Cependant, ce profil général cache également des inégalités avec la population non immigrée. Ainsi, si la population immigrée comprend une plus forte proportion de travailleurs à haut niveau de qualification professionnelle, par ailleurs, celle-ci comprend une part plus grande de travailleurs dans les niveaux moyens et faibles de qualification occupationnelle. On note que dans les emplois de cols blancs, la population immigrée est sous-représentée.

Cette réalité s'explique par les niveaux de scolarité atteints en grande partie dans le pays d'origine: la population immigrée comprend à la fois plus de personnes ayant fait des études universitaires et plus de personnes qui n'ont pas dépassé le niveau primaire des études.

La main-d'oeuvre immigrée se concentre dans le secteur des services (33%), en particulier dans le domaine de l'hébergement et de la restauration. De plus, on note une présence plus forte de la population immigrée dans l'industrie manufacturière, notamment dans les entreprises du textile, du vêtement et de la bonneterie. Par ailleurs, la population immigrée est absente dans l'administration publique et dans le secteur primaire.

Si, au chapitre des revenus, la population immigrée est légèrement avantagée, par ailleurs, les nouveaux immigrés gagnent des revenus moindres que le reste de la population québécoise. Cette immigration de fraîche date se concentre dans les emplois présentant des conditions de travail difficiles.

Plus précisément, les Québécois nés en Egypte, aux Etats-Unis et en Europe septentrionale, lesquels constituent une immigration assez ancienne, offrent un profil socio-économique supérieur à la moyenne de la population immigrée et non immigrée. Par contre, l'immigration plus récente, celle originaire des Antilles et d'Amérique latine en particulier, possède des caractéristiques socio-économiques moins avantageuses. Les personnes originaires de l'Europe du Sud (à l'exception de l'Espagne) se distinguent également par des caractéristiques moins favorables. Toutefois, elles connaissent un taux de chômage plus faible et un taux d'activité plus élevé que celles de l'immigration plus récente.

En 1981, les populations les plus désavantagées au plan socio-économique et les plus récemment arrivées comprenaient des personnes originaires des Antilles (surtout de Haiti), de l'Amérique latine, du Kampuchéa et du Vietnam, de même que la population féminine dans son ensemble. Celles-ci connaissent généralement plus de chômage, se retrouvent massivement dans des emplois où les conditions de travail sont difficiles et bénéficient de revenus plutôt faibles.

1.3 Les services du M.C.C.I. dans les domaines de l'immigration et dans celui de l'adaptation

Comme tout organisme gouvernemental, le M.C.C.I. possède des services généraux d'information, d'accueil et de documentation pour sa clientèle régulière et pour toute personne désirant recevoir des renseignements sur ses services.

1.3.1 Les services d'immigration

Dans le but de recruter et de choisir les ressortissants étrangers désireux de s'établir au Québec de façon permanente, le M.C.C.I. maintient onze services d'immigration à l'étranger. A Montréal, une division des renseignements répond aux demandes d'informations des candidats à l'immigration ou de leurs représentants.

D'autres divisions spécialisées traitent à Montréal les demandes de parrainage de membres de la famille des résidents permanents, celles d'organismes ou de groupes de personnes qui veulent prendre à leur charge un ou plusieurs réfugiés, de même que les demandes de séjour temporaire pour des fins d'étude ou de travail. Deux directions précises ont été créées, dans un cas, avec mandat d'attirer au Québec des candidats à l'immigration à titre d'entrepreneur ou d'investisseur et, dans l'autre cas, avec la responsabilité d'offrir des services d'accueil et de suivi aux revendicateurs du statut de réfugié en attente d'une décision des autorités fédérales. Les services aux revendicateurs du statut de réfugié comprennent l'émission d'une attestation d'identité, l'inscription à la R.A.M.Q. et, s'il y a lieu, la référence à l'hébergement temporaire et à l'aide sociale.

1.3.2 Les services d'adaptation

Les Centres d'orientation et de formation des immigrants, ou C.O.F.I., offrent des cours de français langue seconde et d'initiation à la vie québécoise aux immigrants qui possèdent le statut de résident permanent. En plus des cours à temps plein, différentes formules de cours à temps partiel sont disponibles: cours intensifs, cours du soir et cours sur mesure. Depuis peu, un programme autorise les revendicateurs du statut de réfugié à s'inscrire à des cours à temps partiel.

Le service de l'Evaluation et de la référence scolaire et professionnelle offre des services-conseils aux immigrants qui se destinent au marché du travail ou encore qui veulent compléter leurs études et faire valider les diplômes obtenus dans leur pays d'origine. Ce service offre en plus l'émission d'équivalences par niveau académique, la possibilité de bénéficier d'équivalences en termes de contenus de cours, d'acquis de type extrascolaire ou d'émettre des cartes de compétence.

Un service général d'information et de référence répond à toute personne désirant obtenir des renseignements sur les activités du Ministère.

Une section particulière s'occupe de l'accueil des réfugiés qui ont obtenu leur résidence permanente: dépistage des besoins, conseils, références, suivi.

Le Secrétariat des ententes de sécurité sociale administre des ententes de réciprocité que le Québec a conclues avec les dix pays qui sont la Barbade, les Etats-Unis, la France, la Grèce, l'Italie, le Portugal, l'Allemagne, la Finlande, la Suède et la Norvège. Ces ententes touchent les pensions de vieillesse, d'invalidité, les allocations de décès, les accidents de travail, etc.

Les organismes communautaires qui oeuvrent dans les domaines de l'immigration et des communautés culturelles peuvent obtenir une aide financière et des services-conseils du M.C.C.I. Le ministère verse annuellement près de 2 millions et demi à de tels organismes non gouvernementaux pour des activités relatives à l'accueil, l'adaptation et la francisation des immigrants, aux relations interculturelles, au soutien des cultures et des langues d'origine et au rapprochement avec la majorité francophone.

La plupart des services décrits ci-haut sont également disponibles à l'extérieur de Montréal là où le ministère gère un C.O.F.I., c'est-à-dire à Québec, Hull et Sherbrooke.

1.4 La participation du Ministère des Communautés culturelles et de l'Immigration dans le dossier de l'accessibilité des communautés culturelles aux services sociaux et de santé

Le M.C.C.I. s'intéresse depuis longtemps à cette question à cause de ses contacts quotidiens avec la clientèle des nouveaux résidents permanents du Québec et avec le personnel d'organismes non gouvernementaux qu'il subventionne. Il a participé dans le passé à de nombreux colloques et rencontres où le problème des relations entre les membres des communautés culturelles et le réseau des établissements de services sociaux et de santé fut maintes fois soulevé. Plus récemment, il a affecté en 1984-85 deux professionnels aux travaux devant mener à l'adoption de plans d'action de la part du C.S.S.S.R.M.M. et, en 1986-87, le même nombre de professionnels comme personnes-ressources à l'actuel comité SIRROS.

Au plan de ses opérations propres, le M.C.C.I. est intervenu et intervient encore de diverses façons.

Il a d'abord édité quatre publications qui traitent des services sociaux et de santé à l'intention des immigrants et des divers intervenants auprès de cette clientèle:

- La santé, les services sociaux et la sécurité sociale au Québec, MAS et MCCI, octobre 1984. (traduction en plusieurs langues).
- Entre femmes, MCCI, 1985. (traduction en plusieurs langues).
- Informations pratiques à l'intention des immigrants, MCCI, deuxième édition, 1986.
- Les non-citoyens et les services publics (Guide à l'intention des réseaux publics et parapublics, MCCI, deuxième édition, 1987.

En 1983, la Direction de l'adaptation du Ministère, avec la collaboration d'autres directions, a organisé des rencontres de quartier pour les divers intervenants sociaux qui s'occupent des immigrants. Les organismes suivants étaient représentés: CLSC,

hôpital, B.S.S., police, O.N.G., municipalité, aide sociale, centre de main-d'oeuvre, école, etc. Des échanges de vue fructueux eurent lieu sur les procédures d'immigration et sur l'accès des membres des communautés culturelles aux divers services publics et parapublics.

Le personnel du M.C.C.I. est composé à 22% de membres de communautés culturelles. Du personnel de compétence linguistique diversifiée est affecté depuis quelques années à l'accueil des réfugiés et des revendicateurs du statut de réfugié. Ce service d'accueil a été principalement instauré pour dépister les besoins de cette clientèle et la référer aux services spécialisés situés hors du MCCI.

Selon le cas, les clients sont dirigés aux bureaux de l'assurance-maladie, de l'aide sociale ou de l'aide juridique. Pour les cas d'hébergement, ils sont acheminés aux O.N.G. compétents ainsi qu'au CSSMM (Service aux migrants et aux immigrants).

Quand il s'agit de problèmes psycho-sociaux d'enfants mineurs non accompagnés, de femmes battues, ou d'autres adultes, le personnel de ce service les met en contact avec les services appropriés du CSSMM ou du CLSC du quartier de résidence. Les employés de ce service d'accueil sont appelés à servir fréquemment d'interprètes et à vérifier que les services spécialisés des établissements du réseau du M.S.S.S. sont dispensés.

Par les cours de francisation, la Direction de la formation du MCCI contribue également à fournir aux immigrants des rudiments de conversation et des renseignements sur la vie québécoise, dont le réseau de services sociaux et de santé. La direction de la formation offre plusieurs formules de cours de français: dans ses COFI à temps plein ou à temps partiel, dans les commissions scolaires, dans un endroit choisi "sur mesure" par la clientèle (ex: C.L.S.C., O.N.G., etc.) ou encore directement gérés par un organisme des communautés culturelles. Dans ce dernier cas, il s'agit d'un nouveau programme pour l'année 1987-1988.

Auparavant, les cours du Ministère n'étaient offerts qu'aux résidents permanents (aux immigrants reçus au pays). En février dernier, le Conseil des ministres a accordé au ministère une somme de plus d'un million de dollars pour voir à la francisation des revendicateurs du statut de réfugié.

Ajoutons que, particulièrement dans les cours des COFI, plusieurs exemples d'usage du français mettent en cause le réseau des services du MSSS. Par exemple, la visite chez le médecin sert d'exercice en français fonctionnel.

Par sa politique d'accueil et d'adaptation des nouveaux arrivants, le MCCI verse annuellement plus d'un million de dollars à une trentaine d'organismes multi et monoethniques. Il considère ces organismes comme des partenaires, comme des prolongements de son action. Ces organismes viennent en aide aux immigrants dans divers secteurs de leur vie et les réfèrent souvent dans leur langue maternelle aux services publics et parapublics. Le personnel de ces organismes intervient sur des questions aussi diverses que le logement, l'emploi, l'apprentissage du français, l'accès aux services sociaux et de santé, les revenus, la vie familiale, l'éducation, la justice, la discrimination, l'aide juridique, etc.

Conscient du peu d'ouverture des CLSC aux besoins particuliers des membres des communautés culturelles, le MCCI créa pour une période limitée un programme dit de jumelage. Ce programme démarré en 1978-1979 prévoit qu'une subvention soit accordée à un organisme privé de services aux communautés culturelles pour qu'un agent d'accueil de cet organisme soit engagé et assigné dans un CLSC ou un bureau de services sociaux. L'objectif du programme vise à rapprocher la clientèle des communautés culturelles du personnel des CLSC. En 1986-1987, neuf agents d'accueil étaient ainsi employés dans des CLSC. En 1987-1988, le MCCI a prévu sept postes d'agents d'accueil à son budget. Notons qu'il fut souvent question qu'un tel programme relève plutôt du Ministère de la Santé et des Services sociaux.

Une subvention spéciale du MCCI a été versée en 1985 au CTASSCC pour un programme d'action visant à faciliter l'élection de membres des communautés culturelles sur les conseils d'administration de CLSC.

Ajoutons que le Conseil des communautés culturelles et de l'immigration (10), organisme consultatif relevant directement de la Ministre des Communautés culturelles et de l'Immigration, a publié en janvier 1986 une réflexion, d'un de ses professionnels, sur les relations entre les membres des communautés culturelles et les services sociaux et de santé où l'auteur examine les caractéristiques de ces rapports, les facteurs qui expliquent la sous-utilisation des services et les solutions proposées pour corriger la situation (11).

1.5 L'amélioration des relations entre les communautés culturelles et les établissements de santé et de services sociaux: un défi pour l'avenir

Au cours des dernières années, le gouvernement du Québec s'est donné de plus en plus d'instruments pour contrôler son immigration, pour voir à la francisation des immigrants et pour s'associer au travail des organismes non gouvernementaux de services aux membres des communautés culturelles.

Devant la reprise récente de l'économie, le gouvernement du Québec vient de décider d'augmenter au cours des prochaines années le nombre de nouveaux résidents nés à l'étranger. Ces prochains résidents comme ceux qui habitent déjà le Québec continueront d'apporter avec eux toute une gamme d'expériences scolaires, familiales, économiques et culturelles.

Conscient du chemin à parcourir, le gouvernement du Québec a promulgué, en décembre 1986, une importante déclaration sur les relations interethniques et interraciales, dans laquelle il affirme qu'il:

> "veillera à ce que soit respecté le droit de toute personne à l'égalité dans les domaines du travail, du logement, de la santé, des services sociaux, éducatifs ou des autres services offerts à la population, ainsi que dans l'accès aux lieux publics, sans discrimination fondée sur la race, la couleur, la religion, l'origine ethnique ou nationale".

Déjà certaines institutions et services publics ont entrepris, ou vont entreprendre, des programmes d'action visant à la réalisation de ce droit à l'égalité. Nous pensons ici aux efforts de la police de la CUM, de la S.T.C.U.M., de certaines commissions scolaires et de certaines municipalités.

Nous verrons dans les chapitres qui suivent comment les services sociaux et de santé répondent aux besoins des communautés culturelles, quels moyens ont été pris et quels sont ceux à prendre pour assurer le droit des communautés culturelles à des services égaux.

CHAPITRE 11

2. L'ACCESSIBILITE DES SERVICES DE SANTE ET DES SERVICES SOCIAUX AUX COMMUNAUTES CULTURELLES DU QUEBEC: UN NOUVEAU DEFI POUR LE RESEAU, UNE NECESSITE

2.1 La situation actuelle: une adaptation difficile

Le Québec peut s'enorgueillir de posséder un réseau de services de santé et de services sociaux parmi les mieux conçus du monde occidental. La loi sur les services de santé et les services sociaux de 1971 reconnaît formellement le droit à la santé et aux services sociaux. Elle accorde à toute personne le droit de recevoir des services de santé et des services sociaux à toutes les étapes de sa vie, selon sa situation et ses besoins.

Le gouvernement avait alors comme préoccupation d'assurer à l'ensemble de la population, répartie sur tout le territoire du Québec, des services de santé et des services sociaux suffisants, répartis de façon à répondre adéquatement aux besoins qu'on voulait alors couvrir.

Ces dispositions législatives reconnaissent en quelque sorte l'existence d'un droit public à l'obtention de services personnalisés, continus et de qualité. Certaines limites de ces droits sont également établies par la loi puisqu'il faut tenir compte de l'organisation et des ressources des établissements qui dispensent ces services. Ainsi, à la limite, on pourrait affirmer que, compte tenu de l'obligation de fournir des services adéquats sur les plans à la fois scientifique, humain et social, les établissements qui disposent de l'organisation et des ressources nécessaires, devraient pouvoir offrir des services dans la langue parlée du bénéficiaire lorsque celui-ci est dans l'incapacité de s'exprimer en français ou encore lorsque la complexité du cas exige un dialogue dans sa langue.

Compte tenu de ces dispositions législatives, il nous serait permis de penser que l'accès des communautés culturelles aux services de santé et aux services sociaux est depuis longtemps assuré. Or, selon les bénéficiaires, des problèmes importants persistent.

En effet, le rapport de la consultation sur l'accessibilité des services de santé et des services sociaux aux communautés culturelles, mars 1987, menée par le Conseil des communautés culturelles et de l'immigration, révèle que les bénéficiaires du réseau des services sociaux et de santé font face à de nombreuses barrières par rapport à l'accessibilité aux services sociaux et de santé.

En général, de nombreux services du réseau sont inadaptés aux besoins particuliers des communautés culturelles.

Les communautés culturelles ne s'estiment pas informées sur les ressources disponibles des services sociaux et de santé. Elles notent que les professionnels et les intervenants ne sont pas sensibilisés à leurs problèmes. Les mécanismes d'adaptation à l'école et l'intervention de la Protection de la jeunesse ne tiennent pas compte des spécificités culturelles. La sectorisation des services ne leur permet pas de s'adresser là où elles peuvent être servies soit dans leur langue ou par un professionnel connaissant leur culture.

Les services ne sont pas non plus adaptés aux besoins des personnes âgées qui, étant généralement gardées en milieu familial et ne bénéficiant pas de services de soutien pour les sortir de leur isolement, font particulièrement face aux barrières linguistiques et culturelles.

Les jeunes ne bénéficient pas de services adaptés, le réseau ne répond pas à leurs besoins et aux problèmes qu'ils vivent, conflits culturels engendrés par les valeurs différentes transmises par les parents et par la société, difficulté de communication avec les parents, difficulté d'intégration au système scolaire, crise d'identité et choc culturel.

Les femmes des communautés culturelles sont particulièrement isolées du monde extérieur, dépendent fortement du noyau familial et sont souvent victimes de violence conjugale. Ainsi, le cadre d'intervention actuel du réseau ne leur permet pas de bénéficier adéquatement des services disponibles à cause du manque de compréhension des intervenants du milieu devant leurs problèmes.

Les personnes handicapées et leurs parents des communautés culturelles se heurtent à une double problématique. Pour eux, il ne s'agit pas uniquement de faire face aux difficultés d'adaptation à un nouveau pays. Ces difficultés se doublent de démarches qui doivent être entreprises afin de faciliter l'intégration de la personne handicapée et d'obtenir les services indispensables pour elle. N'oublions pas, encore une fois, les problèmes de langue, culture et la mauvaise perception possible qu'on peut avoir du handicap.

En ce qui concerne les réfugiés, l'intervention du réseau ne tient pas compte des problèmes vécus dans leur pays d'origine, plus particulièrement, des conséquences de la torture, de la répression et de l'emprisonnement. Les services ne sont pas outillés pour répondre à ces besoins qui demandent une intervention spécialisée.

A l'unanimité, les communautés culturelles considèrent que l'ensemble du réseau des services sociaux et de santé n'utilise pas et ne reconnaît pas les compétences spécialisées, l'expertise et les capacités d'agir des organismes des communautés culturelles auprès de cette clientèle aux besoins particuliers.

Enfin, les communautés culturelles déplorent la forte sous-représentation des membres des communautés culturelles au niveau décisionnel des intervenants et des professionnels. Les communautés culturelles "visibles" disent faire face à la discrimination systémique et à des attitudes racistes.

En somme, la conviction partagée par l'ensemble des membres du comité dès le départ, résume bien l'analyse de la situation faite par l'ensemble des groupes ethno-linguistiques du Québec en 1987.

- DIFFICULTE D'ACCES PERSISTANTE MALGRE L'AFFIRMATION D'UNE VOLONTE MINISTERIELLE EN 1984.

- DIFFICULTE DE FAIRE APPLIQUER CERTAINES MESURES DANS PLUSIEURS ETABLISSEMENTS.

Il faut reconnaître que malgré les divers efforts pour améliorer la situation, les résultats sont jusqu'à présent insatisfaisants.

Depuis la diffusion de la circulaire (6) du Sous-ministre Deschêne en août 1981, le ministère et l'ensemble des établissements du réseau reconnaissent, en principe, que la qualité des services aux communautés culturelles repose en grande partie sur la possibilité d'avoir accès, lorsque requis, premièrement à des services dans leur langue maternelle et deuxièmement à des services dispensés par un intervenant qui possède une bonne connaissance de leur culture (valeurs, coutumes, etc.). L'intervenant doit pouvoir saisir la culture propre du bénéficiaire pour pouvoir adapter ses actes professionnels et augmenter ainsi son efficacité.

Nous avons pu constater que si, en théorie, on sait ce qu'il faut faire, en pratique, cela semble difficile à réaliser. Pourquoi? Y aurait-il une mauvaise volonté générale, des attitudes racistes, un manque de sensibilisation, une indifférence qui sous-tendent des prises de décisions contraires aux objectifs qui sont de rendre accessibles les services de santé et les services sociaux aux communautés culturelles?

Selon les membres du comité, plusieurs types de réactions à l'égard des bénéficiaires issus des communautés culturelles peuvent être identifiés dans les établissements:

a) Une grande majorité de gestionnaires et administrateurs se disent préoccupés par le problème de l'accessibilité de leurs services aux communautés culturelles.

   Cependant:

   ce n'est pas une priorité du ministère;

   ils n'ont pas de moyens financiers ou de ressources humaines suffisantes pour améliorer la situation;

   il leur est difficile d'adapter les programmes, les normes ou l'organisation générale pour faire face à des cas apparemment isolés et uniques;

   mais, étant donné le mandat de leurs établissements, ils sont officiellement responsables de desservir une clientèle soit francophone, soit anglophone.

La responsabilité de desservir les communautés culturelles et d'adapter les services est évidemment celle de tous les établissements, mais nul, sauf exception (12), ne se sent obligé de le faire. Cette dilution des responsabilités implique que l'adaptation dépend, en réalité, de la bonne volonté d'un ensemble de personnes à un moment donné. En pratique, ce mode de fonctionnement aboutit, le plus souvent, à l'orientation des cas demandant un trop grand effort d'adaptation vers les O.N.G. ou d'autres structures perçues comme mieux équipées. Finalement, l'exclusion du réseau devient un mode de fonctionnement "normalisé", systématisé.

b) Certains intervenants travaillant à répondre efficacement aux bénéficiaires issus des communautés culturelles se voient marginalisés parce qu'ils s'attardent trop dans des "cas d'espèce". Leur disponibilité pour cette clientèle se voit souvent interprétée comme un "intérêt personnel" et le suivi des cas doit se faire à même leur temps personnel.

c) Un autre groupe d'intervenants ne tient pas compte sciemment ou non des besoins des communautés culturelles parmi leur clientèle.

d) Un dernier groupe exclut volontairement les demandeurs de services issus des communautés culturelles en sélectionnant les "cas".

Ces constats nous permettent de mieux comprendre les mécanismes structurels provoquant des difficultés pour l'ensemble du réseau d'assurer efficacement l'accessibilité des services aux membres des communautés culturelles qui en ont besoin.

En somme, les gestionnaires, tout comme le personnel, sont à l'heure actuelle relativement démunis pour modifier de façon fondamentale la situation. Les bonnes volontés pour changer en profondeur le mode de fonctionnement du système ne suffisent plus.

Puisque dès le rapport Castonguay-Neveu, la conception de l'organisation actuelle des services s'est faite sans tenir compte de la disparité ethno-linguistique de la population du Québec, il est difficile maintenant d'inclure cette dimension dans la distribution des services.

De plus, il est reconnu que le réseau se caractérise par une lourdeur administrative générale et une rigidité qui ne facilitent pas l'innovation au niveau des pratiques sociales et l'adaptation au niveau des services rendus (13).

Dans ce contexte, il est facile de comprendre les difficultés générales rencontrées pour adapter les services aux besoins des communautés culturelles. En effet, compte tenu du développement des services et de l'évolution de l'immigration au Québec (14), compte tenu également du mode de fonctionnement caractérisant les établissements, le réseau est actuellement mal préparé pour desservir les communautés culturelles de façon efficace. Les structures du réseau, héritées du passé, le manque de sensibilité aux rapports interculturels dans la distribution des services provoquent une insatisfaction générale. Chacun se sent victime d'un système complexe qui rend difficile l'accès des services du réseau pour les communautés culturelles.

Rien d'étonnant alors si la majorité des intervenants confrontés à des bénéficiaires de diverses cultures soulignent leur besoin de connaître davantage les cultures et les langues d'origine afin d'être en mesure d'intervenir et d'évaluer correctement les situations dans le respect des valeurs et des habitudes de l'autre (15). La formation universitaire des intervenants ne les a pas préparés à répondre aux besoins sans imposer un modèle culturel. Comment, par exemple, soigner un malade sans tenir compte de sa conception de la santé et ses habitudes d'auto-médication? (16).

Les difficultés rencontrées sont multiples. D'une part, intervenir auprès de membres des communautés culturelles implique nécessairement une adaptation aux façons de faire auxquelles les intervenants ne sont pas préparés. D'autre part, cela implique également que les ressources mises à la disposition des intervenants et des bénéficiaires sont adaptées aux besoins.

En effet, comment, entre autres, fournir un service de maintien à domicile à des personnes âgées s'exprimant uniquement dans une langue autre que le français ou l'anglais, alors que parmi le personnel, on ne dispose pas de personnes sachant communiquer dans la langue du bénéficiaire et comprendre ses coutumes et ses habitudes?

Face à ce genre de situation, les gestionnaires manquent de moyens pour répondre de façon adaptée aux cas jugés "exceptionnels", "d'espèce", ou simplement différents de la majorité. Dans un contexte général de pénurie de personnel, le recrutement du personnel visera prioritairement à satisfaire les demandes, plus nombreuses, faites par la communauté francophone ou anglophone. Cette priorité, accordée aux besoins d'une majorité, entraîne donc fatalement:

> soit l'exclusion systématique des mêmes groupes minoritaires par des mécanismes de sélection de clientèle prioritaire;
>
> soit l'incapacité d'adapter les services aux besoins particuliers, aux "cas d'espèce";
>
> soit que ceux qui n'ont pas le choix ou qui sont particulièrement sensibilisés le fassent avec les moyens du bord, au jour le jour.

En somme, la logique de fonctionnement du réseau visant à répondre aux besoins de tous en priorisant les problèmes sociaux de masse, implique le plus souvent l'exclusion systématique de certaines populations minoritaires telles que les communautés culturelles.

Evidemment, si l'adaptation est uniquement le problème de celui qui arrive de l'étranger, c'est normal. En effet, il doit s'adapter aux exigences, lois, règlements, façons de faire, etc. du pays d'accueil, mais il ne doit pas pour autant abandonner son identité et sa culture. Il incombe aux établissements d'adapter leurs services en fonction des besoins existants. "Mais les barrières linguistiques et culturelles rendent la tâche difficile aux établissements" (18).

"Mais les organismes gouvernementaux devraient assouplir leurs interventions et rechercher des moyens adéquats pour répondre à la demande de cette nouvelle population afin d'assurer à celle-ci des services d'une qualité égale à ceux fournis au reste de la population" (19).

Si le visage de la société québécoise est de plus en plus multiculturel et multi-racial depuis la nouvelle vague d'immigration des années 75, les services du réseau doivent refléter cette nouvelle société multiculturelle et s'y adapter. Ce doit être une priorité du réseau d'assurer à chacun un service de qualité, peu importe sa langue, sa culture ou sa race.

En fait, même si la discrimination est explicitement interdite au Québec par la Loi sur les services de santé et les services sociaux (article 5), même si le Ministre est chargé d'assurer de "façon personnalisée" des services "adéquats" et "continus", même si le modèle d'organisation actuel des services est axé sur la régionalisation et sur la complémentarité des établissements du réseau, une discrimination systémique (20) persiste dans le réseau et limite l'accessibilité des services aux communautés culturelles. Il faut reconnaître que le système de santé et des services sociaux, tel que conçu et planifié en 1972, s'adapte difficilement aux besoins particuliers des nouveaux arrivants et des communautés culturelles.

Il ne s'agit pas de créer une place à part pour les communautés culturelles, ni de provoquer une ghettoisation, ni de leur accorder des privilèges.

Cependant, il faudrait:

- faire en sorte que les communautés culturelles soient intégrées dans l'ensemble de la planification des programmes des établissements en tenant compte des besoins généraux et particuliers de la population;

- personnaliser les services;

- adapter les services aux nouvelles clientèles;

- valoriser le personnel compétent issu des communautés culturelles.

Il est essentiel de développer partout des moyens nouveaux adaptés pour rejoindre et comprendre les communauté culturelles afin d'éliminer la discrimination systémique (20) dans le réseau de la santé et des services sociaux.

Or, on a pu constater qu'actuellement, la question de l'accessibilité des services de santé et des services sociaux aux communautés culturelles est relativement mal connue au sein du Ministère de la Santé et des Services sociaux.

Le Ministère de la Santé et des Services sociaux s'est engagé dans ce dossier, en 1982, en diffusant les orientations générales que les directeurs généraux des établissements et des C.R.S.S.S. ont été chargés d'appliquer (6). La question de l'accessibilité des services de santé et des services sociaux est restée jusqu'à présent un domaine plutôt flou et négligé par le M.S.S.S.

Au sein des C.R.S.S.S., sauf pour la région montréalaise, le dossier est également peu connu. L'information disponible se limite principalement à une connaissance des caractéristique ethno-linguistiques de la population de leur région à partir du recensement de 1981. En fait, dans la majorité des régions, les communautés culturelles et les immigrants représentent moins de 1% de la population à desservir. Ces personnes sont surtout regroupées dans les grands centres, tels que Québec, Sherbrooke, Hull et Saint-Jérome. Sauf exception, elles connaissent le français ou l'anglais. La question de l'accessibilité des services aux communautés culturelles ne représente donc pas une priorité pour ces régions. Par ailleurs, tous reconnaissent leur responsabilité d'adapter sur le plan linguistique et culturel le service offert au bénéficiaire membre des communautés culturelles.

Aux Conseils régionaux de Québec, de l'Estrie, de l'Outaouais, de la Montérégie et de Lanaudière, un effort particulier a déjà été fait pour élaborer une politique d'accessibilité en fonction des particularités régionales (21). L'évaluation de l'impact de ces engagements reste à faire.

C'est au C.S.S.S.R.M.M. que le dossier est le plus avancé puisque l'accessibilité des services du réseau aux communautés culturelles est une question centrale pour la région du Montréal métropolitain. En effet, selon le recensement de 1981, seulement 16,1% des Montréalais sont nés à l'étranger. Par contre, 86,4% des gens nés à l'étranger habitent Montréal.

Malgré le manque de ressources, depuis 1981, les diverses démarches entreprises par le C.S.S.S.R.M.M. sur cette question ont permis l'adoption d'une politique régionale (22), la réalisation d'une enquête (23), la mise en place d'un groupe de travail chargé d'élaborer des plans d'action par secteur (juin 1984) et le recueil des avis des membres des communautés communautés culturelles sur l'ensemble des recommandations proposées par le groupe de travail.

Malheureusement, les données recueillies lors de l'enquête Sorecom sur la composition ethnique du personnel et de la clientèle du réseau à Montréal en 1982 sont insuffisantes pour dresser un inventaire complet et précis de la situation dans la région.

En fait, comme le démontre un numéro spécial de Fédération Express, publié en septembre 1986, par la Fédération des C.L.S.C. sur les réalisations des C.L.S.C., le problème est complexe et nécessite une grande souplesse dans la mise en application de solutions appropriées au contexte local.

Même après dix ans d'efforts, d'initiatives, de recherche de moyens satisfaisants, l'accessibilité des services du réseau aux communautés culturelles pose toujours problème parce qu'un ensemble de facteurs engendre de fait un processus de discrimination systémique, structurelle, involontaire. Compte tenu de l'ampleur des problèmes et de la tâche, certains établissements réclament:

"que le gouvernement québécois aide les établissements, qui desservent ce milieu multiculturel, à mettre en oeuvre une politique de redressement et de rattrapage qui permette à ces communautés une plus grande accessibilité aux services, aux décisions et aux emplois.

Cette politique devra, entre autres, prévoir la révision des ententes de travail afin de permettre l'embauche préférentiel de candidats originaires des communautés culturelles minoritaires. Cette politique devra également prévoir des budgets additionnels pour une révision des programmes et des services qui tiennent compte du nouveau contexte d'intervention" (24). Heureusement, comme l'ont démontré plusieurs auteurs (25), c'est tout à fait possible, à certaines conditions, d'organiser les services de santé et les services sociaux en tenant compte de la dimension culturelle.

Si chacun, gestionnaire, professionnel et membre du conseil d'administration tenait compte dans sa pratique régulière des communautés culturelles, un grand pas serait accompli.

Mais c'est principalement au Ministère de la Santé et des Services sociaux d'assurer le leadership et la promotion de cette adaptation des services par divers moyens, tels que:

1) prendre des mesures pour adapter les structures existantes et assurer un confort culturel à tous (améliorer ce qui existe, gérer plus efficacement);

2) développer de nouveaux programmes d'accueil et de prévention visant à favoriser l'adaptation et l'intégration harmonieuses des communautés culturelles (créer des programmes pertinents);

3) collaborer avec les ressources des communautés culturelles pour pouvoir répondre adéquatement à leurs besoins;

4) instaurer un prix de reconnaissance qui serait attribué aux établissements en fonction de leur performance en matière d'équité à l'emploi et en matière d'accessibilité ou autres.

Pour le comité, il est clair que les bonnes volontés ne suffisent plus. Il faut une action structurée sur un ensemble de facteurs pour provoquer des transformations générales et permanentes permettant d'assurer partout un service adapté et efficace pour les membres des communautés culturelles.

2.2 Les facteurs d'accessibilité

Un ensemble de facteurs engendre un phénomène d'exclusion involontaire des membres des communautés culturelles des services du réseau, en principe, accessibles. Les facteurs principaux sont l'information, la communication et la participation. Chacun de ces facteurs contribue de façon cumulative à l'exclusion des communautés culturelles du réseau. Voyons comment.

2.2.1 L'information: inaccessible ou inadéquate

Le premier facteur qui semble jouer dans l'utilisation ou non des services gouvernementaux est celui de l'information. Le manque de connaissance des établissements existants, de leur mode de fonctionnement, de leur rôle respectif et des services offerts, par une partie importante des membres des communautés culturelles, surtout chez les nouveaux arrivants, mais également chez les plus anciens, est le premier obstacle à l'accessibilité.

Cette ignorance peut avoir plusieurs causes:

- Premièrement, il est possible que l'information ne soit pas disponible.

- Ensuite, même si l'information pertinente est diffusée et disponible, le moyen de diffusion choisi est inefficace (ex. les circulaires dans la boîte aux lettres qui sont lues par certains et jetées par d'autres).

- L'information peut rejoindre les gens, être accessible et être lue, mais peut ne pas être comprise (ex. les circulaires administratives du gouvernement, même traduites, restent souvent incompréhensibles pour ceux qui ne connaissent pas les termes techniques utilisés).

- L'information peut aussi être connue mais être mal interprétée parce que, dans le pays d'origine, la même information a un sens différent. L'information ne peut être correctement comprise que si on assimile les règles de communication existantes dans un pays et le cadre culturel qui permettent d'interpréter correctement le message envoyé.

- Or, cette difficulté à comprendre, à se faire comprendre, à communiquer, est la première vécue par tous les nouveaux arrivants. Malgré la meilleure bonne volonté du monde pour "s'adapter", même si on s'exprime dans une langue qu'on maîtrise bien, tout nouvel arrivant est confronté à ce problème.

L'effort principal réalisé à ce niveau pour régler le problème est la publication de diverses circulaires d'information en plusieurs langues. Cet effort est louable, mais insuffisant pour plusieurs raisons. Ces circulaires, même bien traduites, ne sont pas comprises par le lecteur si le langage administratif utilisé

est inconnu, comme c'est le cas le plus souvent. Par ailleurs, dans certaines cultures, les habitudes de communication sont orales plutôt qu'écrites. Et finalement, une minorité est analphabète et ne peut utiliser cette source d'information.

Pour combler ces lacunes, les O.N.G. assurent le mieux possible la diffusion de l'information et l'orientation de leur clientèle, mais eux aussi font face à un manque d'information structurée et facilement accessible sur les ressources existantes.

Le plus souvent, les O.N.G. doivent consacrer beaucoup de temps et d'énergie à rassembler et mettre à jour les informations disponibles parce qu'aucun mécanisme de diffusion n'existe.

Il existe une autre dimension face au manque d'information qu'on a tendance à oublier. La méconnaissance des communautés culturelles à l'égard du pays d'accueil et des ressources disponibles est le facteur le plus apparent, mais il s'accompagne également d'une méconnaissance de la part du pays d'accueil, des gestionnaires et des professionnels, de la culture, des coutumes et des problèmes des communautés culturelles vivant ici. Cette dimension est un autre facteur déterminant de l'accessibilité des services. La méconnaissance des uns et des autres engendre des difficultés de communication souvent insurmontables.

2.2.2 La communication

Pour mieux cerner les conséquences exactes des difficultés de communication avec les membres des communautés culturelles, nous avons procédé à une étude de cas problématiques. En fait, les exemples d'expériences malheureuses, liées à des problèmes de communication, sont nombreux:

CAS 1

Une patiente, considérée comme schizophrène, sert d'interprète lors de l'entrevue du psychiatre avec ses parents. Imaginons la suite.

CAS 11

Lors d'une entrevue avec un travailleur social, un ami refuse de traduire à une patiente les conseils en planning familial donnés par le professionnel parce que ceux-ci sont contraires à sa morale personnelle.

CAS 111

Une femme d'origine africaine, qui consulte un service de santé mentale parce qu'elle commence une dépression, est identifiée par le psychiatre comme psychotique. En effet, la façon dont elle s'exprime est considérée comme normale et habituelle dans sa culture d'origine, mais désorganisée et illogique par le médecin qui ne connaît pas les coutumes de cette communauté.

CAS 1V

Une sino-vietnamienne a des troubles de contrôle émotif. Elle n'a pas eu de prise en charge adéquate faute de disponibilité d'intervenant qui connaisse sa langue et sa culture.

Deux ans et demi après, elle a une crise. Elle tente d'étrangler son enfant et on ne sait, par quel miracle, l'enfant est sauvé.

Les établissements se mobilisent pour la prise en charge du cas et, encore une fois, on est face à un manque de ressources en personnel connaissant la langue et la culture.

CAS V

Un Québécois de 76 ans, d'origine égyptienne, est au Québec depuis vingt ans, et parle bien anglais et français. Cet homme a toujours vécu avec sa mentalité et sa culture d'origine. Il y a cinq ans, il a été obligé de prendre sa retraite. Peu après, il commence une dépression et tombe malade. Il refuse de communiquer avec l'extérieur. Les soignants ne peuvent le traiter s'il ne dit pas de quoi il souffre.

Un thérapeute connaissant sa culture serait efficace dans son cas.

CAS V1

Une Indienne de 14 ans est hospitalisée pour tentative de suicide. Pendant quinze jours d'hospitalisation, les soignants ne peuvent pas communiquer avec elle parce qu'elle dit ne pas parler le français. Enfin, le psychiatre fait une consultation. Son évaluation dévoile que cette jeune fille a un passé médical et familial très chargé et qu'il doit y avoir un suivi thérapeutique pour éviter une récidive.

Le premier problème rencontré est le manque de personne-ressource qui connaisse la culture et le traitement psycho-social. Le deuxième problème est la responsabilité de prise en charge. La patiente demeure dans le territoire du C.S.S.V.M. (Centre de services sociaux Ville-Marie) et les parents de la patiente parlent couramment anglais et ne comprennent pas le français: la patiente parle français et fréquente une école francophone (Loi 101). Dans la famille, parents et enfants utilisent l'hindi.

Le Centre de services sociaux Ville-Marie affirme qu'il est difficile de faire un traitement psycho-social avec un bénéficiaire qui ne comprend pas l'anglais.

Le Centre de services sociaux Montréal métropolitain affirme que le traitement psycho-social familial est inefficace puisque les parents ne comprennent pas le français.

Les intervenants soignants de l'hôpital ne s'impliquent pas parce qu'ils ne connaissent pas la culture. Il n'est pas dans l'usage de cette culture de faire allusion au suicide et la famille impose alors à la jeune fille de cesser tout traitement.

Enfin, personne ne revendique ses droits à des services. Tout le monde est content! Les établissements peuvent dire qu'il n'y a pas de problème! Le perdant est la jeune fille qui est toujours aux prises avec son problème. La continuité des services est compromise.

CAS V11

Un Chinois de 57 ans, au pays depuis sept mois, est hospitalisé pour hématome fronto-pariéto-temporal et ne parle que le chinois. Le patient souffre de paralysie des membres supérieurs droits, a de la difficulté à marcher, une apraxie importante et un comportement inadéquat. En réadaptation, le patient ne comprend pas ce qu'on lui demande, même par imitation.

On soupçonne une apraxie, mais l'orthophoniste ne peut l'évaluer en raison de la barrière linguistique (voir rapport ci-joint). La famille constate, lors des visites et sorties de fins de semaine, que le patient ne comprend pas ce qu'on lui dit. En plus, il a oublié l'usage courant de plusieurs choses (ex. ne sait plus utiliser les baguettes pour manger).

Démarche:

Tenter de trouver l'orthophoniste capable de l'évaluer dans sa propre langue. L'intervenant réussit à en trouver une, cependant, elle est en congé de maladie. Même si elle accepte de travailler, qui assure ses frais professionnels? L'hôpital refuse de payer ces frais.

Le diagnostic de l'apraxie doit être posé par un orthophoniste qui, après évaluation, décide du meilleur traitement.

Ce cas est trop lourd pour le maintien à domicile. Le patient n'est pas statué en hébergement pour que l'hôpital le garde.

La praticienne a tenté une demande temporaire à l'Hôpital chinois, mais la liste d'attente est trop longue (deux ans d'attente).

L'hôpital a renvoyé le patient chez lui sans évaluation de l'orthophoniste, donc sans confirmation de diagnostic et sans traitement.

Au point de vue juridique, si la famille faisait une poursuite pour l'accès à l'égalité des services, l'hôpital serait tenu de payer les frais de l'orthophoniste, mais la famille ne connaît pas ses droits. Alors . . .

S.V.P. N'ÉCRIVEZ PAS DANS LA MARGE

HÔPITAL

DEMANDE DE CONSULTATION

Service de Réadaptation-

Date:

Au docteur:

Sujet de la consultation:

Diagnostic:

Signature du médecin référant:

Examen: Evaluation pré-admission demandée par janvier 1987

Il s'agit d'un patient âgé de 57 ans, j'imagine droitier, qui vient ici sans beaucoup d'histoire. Il a été admis à avec supposément "une légère héniparésie droite spastique". Le patient supposément souffre d'hypertension artérielle chronique. C'est actuellement la seule histoire qu'on a sauf que le physiothérapeute dans sa note marque que le patient a eu une héniplégie droite en 1984 et aurait eu plusieurs "ICT".

Malheureusement le monsieur vient ici sans interprète et ne parle que chinois. L'examen à l'heure actuelle est très limité à cause de la barrière de langage. Les nerfs crâniens semblent dans les limites de la normale. On ne note pas la présence du VIIe central droit et le réflexe cornéen droit est vif comme le gauche. Sur le plan moteur on ne voit pas d'atteinte significative. Par contre, il semble que le monsieur a un certain degré d'apraxie surtout au niveau du membre supérieur droit et probablement au niveau du membre inférieur droit. Il peut se lever de la position couchée à la position assise sans problème mais dans la position debout il a tendance à tomber en arrière et un peu vers la droite et on note que ses orteils à droite sont en griffes. Par contre, les orteils du pied gauche sont normaux dans la position debout. Le reste de l'examen neurologique est presqu'impossible à faire.

OPINION:

Il semble que le problème majeur avec ce patient est un certain degré d'apraxie. Le comportement semble un peu bizarre et on n'a presqu'aucune collaboration pendant l'examen.

Candidature refusée en réadaptation active en physiothérapie et en

S.V.P. N'ÉCRIVEZ PAS DANS LA MARGE

HÔPITAL

DEMANDE DE CONSULTATION

Service de Réadaptation–

Date:

Au docteur:

Sujet de la consultation:

Diagnostic:

Signature du médecin référant:

Examen: Date:

ergothérapie. Nous pourrions si vous le désirer le réévaluer avec un interprète parce que l'examen aujourd'hui est extrêmement limité à cause du problème de communication. Avant de penser faire une admission dans notre programme de réadaptation il nous faut savoir si le patient peut coopérer et si le patient peut communiquer avec nous de façon significative.

Signature du consultant:

CAS V111

Une patiente, originaire du San Salvador, ne parle que l'espagnol et a besoin d'une aide familiale à la suite d'un accouchement.

Le C.L.S.C., dans un premier temps, ne peut répondre à la demande faute de personnel parlant cette langue et faute de budget alloué à cet effet.

L'intervenant auprès de la patiente trouve une auxiliaire familiale espagnole. Il oblige le C.L.S.C. à défrayer le coût de l'aide familiale et c'est avec beaucoup de réticence et de réserve que le C.L.S.C. accepte.

Le temps et l'énergie mis à trouver l'auxiliaire et à faire accepter le paiement par le C.L.S.C. est évalué à trois fois plus que pour un cas ordinaire.

Comme l'intervenant est heureusement sensibilisé à la problématique des communautés culturelles, il a pris la peine de poursuivre ses démarches malgré plusieurs refus. Autrement, le même intervenant aurait répondu à la patiente qu'il n'y avait pas de ressources et la bénéficiaire n'aurait jamais obtenu de services.

CAS 1X

Une Chinoise de 70 ans, patiente d'un petit hôpital, va passer une myélographie à un hôpital général. Pour passer ce test, il faut que la patiente signe l'autorisation.

La clinique de radiologie demande les services d'une interprète. Cette dernière découvre que la patiente ne parle pas le même dialecte qu'elle. Elle cherche une autre interprète, puis une autre. . . Après deux heures de recherche, la dernière interprète nous confirme que la patiente ne veut pas signer l'autorisation. La patiente, accompagnée d'une infirmière escortée, est ramenée à son hôpital. Le test est remis.

Le radiologue, plus son résident, l'infirmière en chef, l'infirmière désignée pour accompagner la patiente, l'escorte, le préposé et l'interprète ont perdu deux heures à attendre - quel coût.

CAS X

Une Vietnamienne de 35 ans, patiente de l'hôpital, est internée à la suite d'un diagnostic psychiatrique. Cette patiente parle anglais. Etant donné que le traitement de ce cas exige non seulement une connaissance professionnelle, mais également une compréhension culturelle, le travailleur social essaie de trouver le thérapeute approprié oeuvrant à l'extérieur de son C.S.S.

C'est alors que commencent les casse-tête de ce travailleur social:

- l'hôpital refuse de payer les frais du thérapeute considérant que c'est la responsabilité du C.S.S.;

- le C.S.S. relance la balle et affirme qu'il s'agit de la responsabilité de l'hôpital. Le travailleur social poursuit ses démarches en négociant une prise en charge dans un autre C.S.S., évoquant l'universalité des services de la Loi;

- ce dernier C.S.S., se basant sur la question de la langue (anglais) et du déficit budgétaire, refuse la prise en charge.

Conclusion

La patiente est toujours aux prises avec sa maladie psychiatrique et a subi plusieurs crises par la suite.

CAS X1

Un médecin de l'urgence désire mettre en pratique ses connaissances en italien qu'il vient d'apprendre. Plein de bonne volonté, il s'empresse de parler italien à un patient de 75 ans dont le nom a une consonnance italienne.

Le patient ne lui répond pas. Ce médecin conclut donc que le patient est apraxique ou confus. Un autre médecin, effectuant son tour de garde, découvre que ce même patient est né ici, au Québec, ne parle que le français et ne comprend pas un mot d'italien. Il est évident que le diagnostic a été changé et que le patient a obtenu son congé de l'hôpital. Mais il n'en demeure pas moins que ce patient a été gardé dans un lit de l'urgence inutilement.

Ces quelques cas démontrent que les difficultés de communication, l'impossibilité de traduire ou de se comprendre correctement engendrent des problèmes importants de diverses natures. Parfois, les services ne peuvent être rendus faute d'interprète. Parfois, le service rendu est inapproprié, inadapté aux véritables besoins des bénéficiaires issus des communautés culturelles simplement parce que les établissements n'ont pas de moyens adéquats pour communiquer avec ce type de clientèle. Parfois, le service est obtenu grâce à la persévérance des clients et des intervenants, mais à quel prix? Le temps nécessaire à l'intervenant pour trouver une ressource adaptée, par exemple, n'est jamais comptabilisé par les gestionnaires qui concluront facilement que ces interventions sont trop coûteuses, même si elles sont efficaces.

Cette étude nous permet également de comprendre la complexité des problèmes de communication dans le domaine social et médical. La difficulté de communiquer n'est pas liée uniquement à des questions de traduction littérale d'une langue à une autre, mais aussi, et surtout, aux différences de référence culturelle. Etablir des rapports entre des personnes de cultures différentes est une expérience de communication exigeante, qui peut être très enrichissante pour les deux parties, mais qui peut également être très frustrante. Dans le cadre de services professionnels centrés sur la relation, il est essentiel que les moyens nécessaires soient pris pour assurer la réussite de cette communication.

2.2.3 La participation des communautés culturelles au système

La sous-représentation des communautés culturelles dans le réseau au niveau du personnel professionnel et du personnel cadre ainsi qu'au niveau des conseils d'administration est un autre facteur important dans les difficultés d'accessibilité des services du réseau aux communautés culturelles. Pourquoi?

Deux causes ont été identifiées. Premièrement, les difficultés d'adaptation et de communication rencontrées par les nouveaux arrivants entraînent la recherche d'aide auprès de personnes "proches" auxquelles ils peuvent faire a priori confiance.

Ainsi, les nouveaux arrivants seront donc spontanément détournés du réseau si ces "personnes-ressources de confiance" ne sont pas dans le réseau.

La deuxième cause est à nouveau reliée au problème de perception. Il est facile de comprendre que, pour un nouvel arrivant, se retrouver devant un personnel représentatif de la composition ethnique de la société lui inspirera davantage confiance que s'il se retrouve devant un personnel culturellement homogène.

Ce premier contact est déterminant dans le type de rapports établis par les communautés culturelles avec le pays d'accueil en général et, plus particulièrement, avec les services gouvernementaux.

L'habitude d'utiliser en toute confiance, dès l'arrivée, les services hospitaliers ou les C.L.S.C. ou les C.S.S. est déterminante à ce niveau.

Or, malgré des efforts importants réalisés en ce domaine, la composition du personnel du réseau des établissements de santé et de services sociaux ne reflète pas encore suffisamment la composition "multi-ethnique" de la population.

En fait, malgré le manque de données rigoureuses sur ce point, on sait que les membres des communautés culturelles se retrouvent surtout parmi les employés de service, dans certains établissements et même dans certains services précis. Cette concentration engendre un déséquilibre des ressources disponibles et une perception fausse de la présence des communautés culturelles dans l'ensemble du réseau.

L'établissement ou le service disposant de professionnels issus des communautés culturelles est perçu a priori comme accessible grâce à l'existence de certaines "affinités" entre le personnel et la clientèle qui favorisent la prise de contact.

Il faut souligner également que si cette affinité est une condition pour faciliter la prise de contact, elle est insuffisante par la suite. Si le bénéficiaire ne se sent pas compris lors du premier contact, si le service ne répond pas à ses besoins, il préférera dorénavant s'adresser ailleurs. Souvent même, il préférera s'isoler sans avoir pu résoudre son problème plutôt que d'affronter de nouveau une situation aussi stressante, dévalorisante et frustrante. On constate à nouveau que la situation est complexe et que c'est un ensemble d'éléments qui peut permettre véritablement aux services d'être accessibles et efficaces vis-à-vis les communautés culturelles.

Parmi ces divers éléments, l'amélioration de la représentation des communautés culturelles dans l'ensemble du réseau est aussi une exigence pour développer l'accessibilité.

La participation aux plans décisionnel et occupationnel est donc une condition essentielle pour rendre accessibles les services du réseau et adapter ces services aux besoins des communautés culturelles du Québec. Cette participation est en principe possible, mais en pratique, elle est réalisée de façon inégale selon les communautés et selon les établissements.

1. Participation aux conseils d'administration.

2. Participation au plan occupationnel.

L'expérience des programmes de jumelage du Ministère des Communautés culturelles et de l'Immigration démontre clairement l'intérêt de la présence d'un personnel issu des communautés culturelles pour engendrer l'utilisation volontaire des services sociaux par les communautés culturelles (19). Or, même si, en principe, les membres des communautés culturelles ont les mêmes possibilités d'être embauchés dans le réseau, en fait, de nombreux problèmes se posent:

a) Compte tenu de la conjoncture des années 1980, et de la période de restrictions budgétaires actuelle, il y a peu d'embauche de personnel permanent par les établissements et le Ministère.

b) Les nouveaux emplois créés le sont souvent sur une base contractuelle.

c) Les établissements disent éprouver des difficultés à recruter des professionnels issus des communautés culturelles, soit par manque de personnes de ces communautés disposant des diplômes et des compétences requises, soit par manque d'intérêt des professionnels des communautés culturelles pour les postes offerts, soit parce qu'ils ne connaissent pas les procédures à suivre pour pouvoir le faire sans être en contradiction avec la Charte des droits et libertés.

d) Peu de jeunes issus des communautés culturelles s'orientent vers des carrières médicales ou sociales car, selon eux, Il n'existe à peu près pas de débouchés.

e) Une expérience de travail au Canada est fréquemment exigée lors de l'embauche du personnel ce qui limite les possibilités d'insertion sur le marché du travail des nouveaux arrivants (immigrants ou réfugiés) possédant une expérience à l'étranger.

Les nombreux problèmes identifiés en ce qui a trait à l'embauche de membres des communautés culturelles nous permettent en fait de mettre en évidence les composantes d'un système de discrimination au niveau de l'emploi. Cette discrimination systémique provoque, indirectement, des difficultés d'accessibilité au niveau des services. Dans ces conditions, ces établissements peuvent difficilement présenter un modèle positif pour les communautés culturelles qui s'identifieront plutôt à des organismes communautaires publics ou privés. C'est pourquoi la participation au niveau de l'emploi est un des facteurs essentiels pour assurer efficacement l'accessibilité des services du réseau.

CHAPITRE 111

3. LES SOLUTIONS OPERATIONNELLES, LES MESURES CONCRETES RECOMMANDEES PAR LE COMITE

3.1 Programme d'information

Nous constatons que l'information mise actuellement à la disposition des communautés culturelles, dans leur langue d'origine, sur les services offerts par le réseau est très rare (26). Les mesures générales, plutôt administratives, prises dans ce sens jusqu'à maintenant, sont utiles mais insuffisantes.

Peu d'efforts sont faits, en général, pour adapter l'information en fonction de populations-cibles parmi les communautés culturelles. Par exemple, les documents audio-visuels produits par le réseau et utilisés pour les séances d'information, sont disponibles uniquement en français et en anglais. De plus, seulement deux d'entre eux concernent les communautés culturelles (27).

Il est impossible d'utiliser un service qu'on ne connaît pas même si on en a besoin.

Il faut donc adapter le contenu de l'information selon le public visé. Il faut aussi diversifier les modes de diffusion de l'information sur les services de santé et les services sociaux afin de les rendre accessibles et utilisables par les membres des divers groupes ethniques. Il est important qu'un effort soit rapidement fait en ce sens.

Donc, à notre avis, il revient au Ministère et aux établissements de:

. s'assurer que les membres des communautés culturelles qui ont besoin de ces services puissent les connaître;

. adapter le contenu et les moyens de diffusion de l'information en fonction de groupes-cibles et d'objectifs précis pour les communautés culturelles;

. faire connaître les ressources existantes en s'assurant que les perceptions a priori, ou les représentations fausses projetées sur ces services sont modifiées en fonction d'une meilleure connaissance de ce qui est disponible dans le réseau.

RECOMMANDATION:

QUE LE MINISTERE DE LA SANTE ET DES SERVICES SOCIAUX, EN COLLABORATION AVEC LES MINISTERES ET LES ORGANISMES CONCERNES, CREE UN PROGRAMME PERMANENT D'INFORMATION SUR LE FONCTIONNEMENT ET LES SERVICES DU RESEAU A L'INTENTION DES COMMUNAUTES CULTURELLES.

MODALITES:

- Réaliser des programmes d'information plus dynamiques liés à des activités d'accueil, d'adaptation et d'intégration.

- Favoriser des mécanismes de communication directs avec la population visée par l'information.

- Diversifier les contenus et les modes de diffusion de l'information.

3.2 Programme de communication

Actuellement, les moyens utilisés pour communiquer avec des bénéficiaires s'exprimant dans une langue autre que le français et l'anglais sont insatisfaisants. Non seulement sont-ils difficiles à comprendre, mais en plus, ils produisent des effets contraires aux buts poursuivis. Ils entraînent également des erreurs importantes de diagnostic ou de traitement autant dans le domaine médical que dans le domaine social.

La principale ressource utilisée normalement est celle d'un parent ou d'un ami qui accompagne le bénéficiaire. On demande aussi parfois à des bénévoles recrutés par les O.N.G. d'accompagner les nouveaux arrivants dans leurs différentes démarches. Si ces ressources sont précieuses pour le bénéficiaire, comme pour les services, surtout dans les cas d'urgence médicale ou sociale, elles sont insuffisantes dans beaucoup d'autres.

Le plus souvent, les établissements considèrent qu'il ne leur incombe pas de fournir des services d'interprétation et comptent essentiellement sur les ressources personnelles des bénéficiaires pour assurer la traduction. Pourtant, les problèmes à ce niveau sont fréquents.

D'une part, ces personnes bénévoles ne sont pas toujours disponibles au moment où leurs services sont requis. D'autre part, elles n'ont pas toujours les compétences nécessaires pour expliquer ou traduire dans des domaines spécialisés. Lorsqu'on demande à un membre d'une famille de servir d'interprète, on risque que cette personne biaise l'information intentionnellement. En effet, comment, par exemple, un médecin peut-il être assuré que son diagnostic a été transmis par des enfants à leur mère atteinte de cancer?

Comme solution de rechange, on songe souvent à recourir à des interprètes professionnels. Mais un interprète qui traduit littéralement et qui ne connaît pas la culture d'origine des personnes, ne pourra le faire sans trahir la pensée de l'usager. Un interprète ne connaissant pas la spécialisation professionnelle, risque d'être à court de termes et de vocabulaire technique. Et les interprètes, connaissant à la fois la culture du bénéficiaire et l'aspect professionnel, sont très rares.

En fait, le service dans certains domaines de la santé et des services sociaux ne peut être efficace que si on intervient dans la langue d'origine du client en tenant compte de sa culture. Ce constat implique nécessairement que pour rendre accessibles certains services, les établissements doivent disposer de ressources nouvelles au sein du réseau. Certaines tâches, telles

que la traduction et les conseils d'experts "culturels", devront être reconnues et organisées formellement. Les expériences réalisées dans d'autres provinces permettent d'établir clairement l'intérêt de telles pratiques, mais à certaines conditions (28). Quoiqu'il en soit, il est clair que le réseau doit s'adapter en se donnant les moyens de communiquer avec des personnes de diverses cultures, dans leur langue d'origine, et en tenant compte de leurs caractéristiques propres.

RECOMMANDATION:

QUE LE MINISTERE DE LA SANTE ET DES SERVICES SOCIAUX S'ASSURE QUE LES ETABLISSEMENTS DISPOSENT DE MOYENS ADEQUATS ET SUFFISANTS POUR COMMUNIQUER DANS LA LANGUE ET COMPRENDRE LA CULTURE DES MEMBRES DES COMMUNAUTES CULTURELLES AFIN DE RENDRE LES SERVICES EFFICACES.

OBJECTIFS:

- Appliquer l'article 3 de la Loi 142, chapitre 106, tel que voté en décembre 1986, soit:

  "favoriser, à l'intention des membres des différentes communautés culturelles du Québec, l'accessibilité à des services de santé et des services sociaux dans leur langue".

- Assurer une communication efficace entre les établissements du réseau et les membres des communautés culturelles.

- Assurer une qualité égale des services aux communautés culturelles dans l'ensemble du réseau.

- Assurer l'adaptation des interventions aux besoins des membres des communautés culturelles.

MODALITES:

1) Principale:

- Embauche de personnel d'accueil et de professionnels ayant les compétences nécessaires pour intervenir auprès des bénéficiaires issus des communautés culturelles, entre autres,

* **la connaissance de langues autres que le français et l'anglais et une bonne capacité de communiquer dans ces langues;**

* **une bonne connaissance d'une ou plusieurs cultures de communautés culturelles vivant au Québec;**

* **et la capacité d'utiliser ces connaissances pour adapter l'intervention aux besoins du bénéficiaire.**

2) Complémentaire, palliative ou temporaire:

- Constitution d'une banque d'interprètes culturels, rémunérés, qualifiés pour des fonctions de conseils et d'interprétation dans chaque région du Québec. Ce type de ressource vise principalement à combler les difficultés du réseau d'assurer les services pour toutes les communautés en embauchant le personnel requis partout. Cette banque peut être particulièrement utile pour les petits établissements ou dans le cas d'une petite communauté ou d'une communauté nouvellement arrivée. Occasionnellement, ces " professionnels-interprètes-consultants" pourraient assurer le suivi de cas complexes ou nécessitant un suivi à long terme dans la langue d'origine du client. Ainsi, la formation précise de ce personnel et l'évaluation de leurs compétences permettront d'assurer partout dans le réseau la possibilité d'interprétariat linguistique et culturel efficace.

- Un système d'échange de ressources entre établissements ou entre établissements et O.N.G. est également un moyen utile, complémentaire, d'assurer les services dans la langue du client. Les C.R.S.S.S. de toutes les régions doivent avoir la tâche de répertorier l'ensemble des ressources existantes dans une région,

aussi bien au niveau du réseau et des O.N.G. que du secteur privé. Ces échanges pourront prendre diverses formes tels que contrats de service ou prêts, selon le cas. Pour ce faire, à court terme, les établissements sont chargés de répertorier et de maintenir à jour les qualifications linguistiques et culturelles de leur personnel.

- Utilisation par les urgences d'hôpitaux et les C.L.S.C. des systèmes de communication et de diagnostic audio-visuel de type MIGS, MEDICAL INFORMATION GATHERING SIMPLIFIED (29), ou autres.

3.3 Programme de participation

Comme nous l'avons vu précédemment, la participation et la représentation des communautés culturelles dans le réseau est un facteur important influençant l'accessibilité des services offerts aux communautés culturelles. La possibilité de s'identifier au réseau et de participer à sa gestion, favorise le développement d'un climat de confiance vis-à-vis les services et favorise une accessibilité plus grande.

Le processus de représentation des usagers aux conseils d'administration des établissements, prévu par la Loi de la santé et des services sociaux, assure normalement la participation de l'ensemble des citoyens et des bénéficiaires à la gestion de l'ensemble des services du réseau (annexe 1). Or, les mécanismes démocratiques prévus par la loi pour élire ces représentants engendrent une sous-représentation des communautés culturelles dans ces instances décisionnelles. Les membres des communautés culturelles, surtout les nouveaux arrivants, connaissent mal les services des établissements du réseau et connaissent encore moins la possibilité qu'ils ont de participer aux conseils d'administration de ces établissements.

En conséquence, les communautés culturelles, surtout les nouvelles, sont peu présentes au niveau des instances décisionnelles des établissements. D'après les indications sommaires que nous avons sur la composition ethno-linguistique des conseils d'administration pour l'année 1986, la représentation des communautés culturelles est inégale. Il est clair qu'une partie de la population du Québec ne dispose pas véritablement des moyens habituels, prévus par la loi, d'influencer les établissements et de faire connaître leurs besoins. L'absence des communautés culturelles sur les conseils d'administration de certains établissements est particulièrement inacceptable quand la clientèle des communautés culturelles qu'ils doivent desservir est importante.

C'est pourquoi le ministère de la Santé et des Services sociaux doit prendre les moyens nécessaires pour s'assurer de la participation des communautés culturelles aux élections des conseils

d'administration de l'ensemble des établissements du réseau et pour s'assurer de la présence de représentants des communautés culturelles sur les conseils d'administration des établissements desservant des territoires à forte concentration ethnique.

RECOMMANDATION:

QUE LE MINISTERE DE LA SANTE ET DES SERVICES SOCIAUX METTE EN PLACE DES MECANISMES ASSURANT LA PRESENCE DES COMMUNAUTES CULTURELLES SUR LES CONSEILS D'ADMINISTRATION DES ETABLISSEMENTS.

OBJECTIFS:

- Garantir une présence représentative du milieu sur les conseils d'administration des établissements du réseau.

- Favoriser la participation des communautés culturelles à l'élection des conseils d'administration de l'ensemble des établissements du réseau.

- Permettre l'apprentissage rapide du fonctionnement démocratique légalement reconnu dans le réseau.

- Favoriser le développement d'habitudes de participation.

MODALITES:

Pour ce faire, conformément aux mandats donnés par la loi aux C.R.S.S.S. de réglementer et d'encadrer l'élection des conseils d'administration des divers établissements, le ministère chargera les C.R.S.S.S. et les établissements de:

- favoriser la participation des communautés culturelles à l'élection des conseils d'administration;

- publier des avis de mise en nomination pour les postes de représentants des usagers, de représentants des groupes socio-économiques et de représentants des organismes bénévoles dans tous les médias, y compris les médias dits "ethniques";

- organiser des séances d'information auprès des O.N.G. et des associations représentatives de communautés culturelles;

- sensibiliser les différents collèges électoraux sur l'importance de la représentation des communautés culturelles aux diverses instances décisionnelles des établissements;

- faire annuellement un bilan régional de la représentation des communautés culturelles sur les conseils d'administration et diffuser cette information;

- vérifier que l'information circule adéquatement dans les divers milieux ethniques de la région.

3.4 Programme d'accès à l'égalité en emploi pour les communautés culturelles au sein du réseau

Un certain nombre d'études fédérales (30) et provinciales ont permis de mettre en évidence l'existence de phénomènes de discrimination systémique (20) au niveau de l'emploi touchant certains groupes culturels considérés dorénavant comme des minorités visibles (31). Chacun des gouvernements s'est alors engagé à lutter contre cette discrimination systémique en développant des programmes d'accès à l'égalité en emploi (32) visant les femmes, les communautés culturelles et les personnes handicapées dans la fonction publique et ailleurs. Au Québec, les dispositions de la Charte des droits et libertés de la personne concernant les programmes d'accès à l'égalité sont entrés en vigueur le 26 juin 1985. Ces programmes ont pour objet:

"de corriger la situation des personnes faisant partie de groupes victimes de discrimination dans l'emploi, ainsi que dans les secteurs de l'éducation ou de la santé et dans tout autre service ordinairement offert au public. Un tel programme est réputé non discriminatoire s'il est établi conformément à la Charte". (c.f. article 86.1).

Le gouvernement du Québec a également adopté un Règlement sur les programmes d'accès à l'égalité entrant en vigueur le 1er septembre 1986, qui peut servir de guide pour l'implantation volontaire de ces programmes dans les ministère

Selon les données du recensement de 1981 (les seules disponibles actuellement) sur la répartition de la population active par secteur économique, certains groupes sont nettement sous-représentés dans l'ensemble des emplois existants dans le secteur médical ou social (33). Ainsi, apparemment, parmi les communautés culturelles, les femmes sont davantage sous-représentées que les hommes. Les allophones, en général, et ceux nés à l'étranger, en particulier, sont les moins représentés dans ce secteur d'activités.

De plus, puisque les communautés culturelles estiment qu'il y a sous-représentation dans le réseau, on peut d'ores et déjà supposer qu'il existe effectivement une discrimination systémique au niveau de l'emploi, au sein du réseau, qui touche particulièrement les communautés culturelles.

En conséquence, il nous semble important que le ministère développe **IMMEDIATEMENT** des mécanismes d'évaluation et, si nécessaire, de correction de la situation.

Le programme d'accès à l'égalité en emploi, actuellement en voie d'implantation par le ministère au sein du réseau, pourrait avantageusement être utilisé à cette fin par la Ministre. Les programmes d'accès à l'égalité, adoptés en septembre dernier par le gouvernement, incluaient comme groupes-cibles non seulement les femmes, mais également les communautés culturelles et les personnes handicapées. Nous pensons donc que l'engagement immédiat du ministère dans un programme d'accès à l'égalité, visant non seulement les femmes, mais également les communautés culturelles, est un des moyens appropriés et nécessaires pour s'assurer d'une représentation équitable des communautés culturelles dans le réseau, pour assurer une identification plus facile des communautés culturelles au service du réseau et un accès rapide.

Le ministère de la Santé et des Services sociaux pourrait également prévoir d'inclure une clause dans tous ses contrats de service avec le secteur privé, exigeant une obligation contractuelle (34) d'embaucher du personnel issu des communautés culturelles de la part des entreprises bénéficiant de ces contrats. Cette pratique permettrait de favoriser l'intégration de membres de minorités visibles sur le marché du travail et ainsi de prévenir le développement de problèmes personnels ou de problèmes sociaux importants dans ces groupes victimes de discrimination.

RECOMMANDATION:

QUE LE MINISTERE DE LA SANTE ET DES SERVICES SOCIAUX PRENNE LES MOYENS NECESSAIRES POUR CONTRECARRER LES PRATIQUES DE DISCRIMINATION SYSTEMIQUE DANS SON PROPRE RESEAU DE SERVICES DE SANTE ET DE SERVICES SOCIAUX ET IMPLANTE UN PROGRAMME D'ACCES A L'EGALITE EN EMPLOI POUR LES COMMUNAUTES CULTURELLES DANS LE RESEAU.

OBJECTIFS:

- Réaliser une évaluation systématique de l'importance et des mécanismes de discrimination systémique pouvant exister sans le réseau vis-à-vis les communautés culturelles.

- Implanter des mécanismes permettant de corriger rapidement la situation.

- Accélérer le processus d'intégration de personnel issu des communautés culturelles dans le réseau.

- Assurer une participation équitable et l'égalité en emploi aux communautés culturelles actuellement victimes de discrimination.

- Assurer l'accessibilité des services du réseau en modifiant rapidement l'image d'une structure homogène peu sensible aux besoins des communautés culturelles.

- Accélérer le processus d'adaptation du réseau aux réalités démographiques récentes du Québec.

MODALITES:

- Intégrer au programme d'accès à l'égalité en emploi pour les employés du réseau, lancé par le ministère de la Santé et des Services sociaux en mars 1987, une priorité pour les communautés culturelles.

- Inclure une obligation contractuelle d'embauche du personnel issu des communautés culturelles aux contrats de services du ministère avec le secteur privé.

3.5 Programme de sensibilisation

Savoir établir des rapports interculturels est une nécessité dans la société québécoise actuelle. Pourtant, peu de personnes savent spontanément comment établir ce type de rapport dans un climat serein permettant une communication véritable et approfondie. Malgré une bonne volonté certaine, le personnel du réseau, les cadres, les gestionnaires soulignent fréquemment leurs difficultés d'établir une communication satisfaisante avec les membres des communautés culturelles faute de connaissances des moyens d'y parvenir. En fait, pour pouvoir communiquer de façon efficace, il faut non seulement se rencontrer, se parler, comprendre les mots que chacun utilise, avoir un langage commun, mais aussi pouvoir décoder correctement le message de son interlocuteur et pouvoir comprendre l'"AUTRE" en tenant compte de ses valeurs, ses normes et sa culture.

Or, jusqu'à tout récemment, au Québec, peu de personnes ont eu l'occasion d'apprendre à établir des rapports interculturels. Même si depuis longtemps, le Canada et le Québec sont des terres d'accueil, les échanges entre les diverses communautés culturelles étaient relativement réduits et, malheureusement, souvent conflictuels. On semble plutôt avoir appris à cohabiter sans se connaître plutôt qu'avoir appris à vivre ensemble.

Des attitudes négatives, des perceptions fausses, des préjugés et, parfois même, des marques de racisme peuvent ainsi se répandre assez facilement au sein du réseau sans que quiconque ne puisse redresser la situation de façon adéquate.

Des cas semblables à celui de ce réfugié cambodgien, hospitalisé pour une leucémie et réclamant simplement de pouvoir manger du riz chaque jour, serait vite réglé à la satisfaction du patient si l'ensemble du personnel était sensibilisé à l'importance d'adapter les services pour les communautés culturelles.

C'est pourquoi le développement du programme de sensibilisation aux rapports interculturels pour l'ensemble du réseau est une condition essentielle pour modifier de façon significative la situation actuelle.

C'est également pourquoi le ministère doit assurer l'implantation et l'encadrement d'un programme permanent de sensibilisation pour l'ensemble du réseau.

Les expériences réalisées à date ont déjà démontré l'utilité de sessions de sensibilisation dans le réseau. Mais, comme le plus souvent, ces sessions sont organisées dans le cadre d'activités culturelles et récréatives, elles sont les premières touchées par les coupures budgétaires. Pour pouvoir assurer la qualité de la sensibilisation, pour pouvoir assurer la continuité, pour pouvoir ajuster la formation selon l'évolution de l'immigration et de la composition de la population, le programme de sensibilisation doit être intégré au perfectionnement et structuré en assurant à la fois sa permanence et sa souplesse.

RECOMMANDATION:

QUE LE MINISTERE DE LA SANTE ET DES SERVICES SOCIAUX, EN COLLABORATION AVEC LE MINISTERE DES COMMUNAUTES CULTURELLES ET DE L'IMMIGRATION ET LES ORGANISMES NON-GOUVERNEMENTAUX (O.N.G.), IMPLANTE UN PROGRAMME PERMANENT DE SENSIBILISATION AUX RAPPORTS INTERCULTURELS POUR:

- LE PERSONNEL DU MINISTERE, DES C.R.S.S.S., DES ETABLISSEMENTS DU RESEAU
- LES DIRECTIONS GENERALES ET LES CADRES ADMINISTRATIFS
- LES MEMBRES DES CONSEILS D'ADMINISTRATION
- LES CONSEILS OU COMITES DE BENEFICIAIRES.

OBJECTIFS:

- favoriser l'évolution des mentalités et des perceptions à l'égard des membres des communautés culturelles;
- faire connaître les communautés culturelles, leurs cultures, leurs valeurs et leurs problèmes particuliers;
- aider le personnel du réseau à être à l'aise avec les bénéficiaires des diverses cultures et à établir une communication véritable malgré les barrières culturelles;
- aider le personnel et les administrateurs du réseau à être attentifs aux besoins particuliers des communautés culturelles;
- aider le personnel du réseau à établir des rapports interculturels positifs, libres de préjugés et respectueux des différences.

MODALITES:

Cette sensibilisation aux besoins des communautés culturelles pourrait s'appuyer sur un service de coordination centralisé disposant de professionnels consultants chargés de former et d'aider le personnel des établissements à répondre aux besoins particuliers des communautés culturelles en tenant compte des diverses problématiques rencontrées.

Etant donné l'importance de la tâche à accomplir, nous suggérons que le ministère offre prioritairement ces programmes de sensibilisation aux réalités interculturelles au personnel des urgences, au personnel d'accueil et aux intervenants qui ont un contact direct fréquent avec des membres des communautés culturelles dans les divers établissements du réseau.

3.6 Programme de formation de base

Actuellement, la formation de base prévoit rarement l'apprentissage de rapports interculturels et l'intégration de la dimension culturelle dans l'évaluation des situations sociales, le diagnostic des maladies, et l'intervention permettant de résoudre le problème.

Certains établissements commencent à intégrer à leur programme de formation un ou des cours sur l'immigration ou sur une approche culturelle, mais ces initiatives sont encore trop peu nombreuses. Un effort plus important doit être fait pour assurer à tous les futurs professionnels, intervenant dans le réseau, les connaissances et les capacités nécessaires pour desservir les communautés culturelles comme toute autre clientèle.

RECOMMANDATION:

QUE LE MINISTERE DE LA SANTE ET DES SERVICES SOCIAUX EXIGE QUE LES PROGRAMMES DE FORMATION EN SCIENCES DE LA SANTE ET EN SCIENCES SOCIALES COMPORTENT OBLIGATOIREMENT UNE FORMATION EN INTERVENTION AUPRES DES GROUPES ETHNIQUES ET PREPARENT LES PROFESSIONNELS A INTERVENIR EFFICACEMENT AUPRES DE CES COMMUNAUTES CULTURELLES.

OBJECTIFS:

- Assurer la formation d'une relève du personnel du réseau ayant la compétence pour établir des rapports interculturels satisfaisants et pour intervenir en tenant compte de la dimension culturelle.

MODALITES:

- Intégrer aux programmes de formation des professionnels de la santé et des sciences sociales:

  . un objectif d'éducation interculturelle
  . des cours sur l'influence de l'immigration dans l'évolution de la société
  . une formation personnelle des futurs professionnels pour développer leurs capacités d'intervenir en intégrant une approche culturelle.

Pour ce faire, le M.S.S.S. doit définir le profil de la formation désirée et le soumettre aux diverses instances concernées par la formation de base, soit le M.E.Q., les universités, les Cégeps, les corporations professionnelles, etc.

3.7 Programme de recrutement et de formation de personnel compétent pour répondre aux besoins des communautés culturelles dans le réseau

Les ressources humaines et professionnelles, actuellement disponibles dans le réseau et pouvant répondre adéquatement aux besoins socio-sanitaires de plusieurs communautés, sont insuffisantes. Selon des relevés sommaires dont nous avons pu disposer, la situation est variable selon les types d'établissement.

a) La situation dans les C.S.S.:

A titre indicatif, au C.S.S.M.M., parmi les 1 127 membres du personnel affecté au travail social, on comptait au 16 décembre 1986:

1 127	personnes parlant **français**	soit	100,0%
416	personnes parlant **anglais**	soit	36,9%
48	personnes parlant **espagnol**	soit	4,3%
25	personnes parlant **italien**	soit	2,2%
16	personnes parlant **créole**	soit	1,4%
8	personnes parlant **portugais**	soit	0,7%
6	personnes parlant **allemand**	soit	0,5%
6	personnes parlant **arabe**	soit	0,5%
4	personnes parlant **polonais**	soit	0,4%
2	personnes parlant **grec**	soit	0,2%
5	personnes connaissant le **langage gestuel**	soit	0,4%
7	personnes parlant d'**autres langues**	soit	0,6%

On remarque ici aisément le manque de ressources internes au C.S.S.M.M. pour desservir certaines communautés, même parmi celles ayant une population importante habitant depuis longtemps au Québec. Le peu de ressources pour les Grecs est un exemple de ce type de déséquilibre. Pour les communautés asiatiques, africaines et d'autres arrivées au Québec après 1970, la situation de pénurie de ressources est plus grave.

Même si le C.S.S.V.M. et le C.S.S. Juif disposent de plus de personnel social allophone pouvant répondre aux diverses communautés dans leurs langues (35), on reconnaît une véritable pénurie de ressources dans les C.S.S. de la région montréalaise pour plusieurs groupes ethniques.

Pour ce qui est des ressources disponibles dans l'ensemble des C.S.S. du Québec, l'évaluation de la situation reste à faire. Faute d'informations suffisantes, le comité ne peut, pour le moment, se prononcer sur ce point.

b) La situation dans les C.L.S.C.:

La situation est également assez mal connue dans l'ensemble des C.L.S.C. du Québec. Seul un inventaire des ressources particulières des C.L.S.C. de la région montréalaise, réalisé par le C.S.S.S.R.M.M. (26) pour développer un système d'échange entre les établissements, nous permet d'avoir quelques indications approximatives de la disponibilité actuelle des services dans la langue du client.

Selon ce bottin des ressources, nous remarquons que:

- les ressources disponibles sont principalement concentrées dans le secteur médical;

- les ressources sociales et l'accueil sont presqu'exclusivement disponibles pour les communautés italienne, grecque, hispanophone et portugaise;

- au moins quarante communautés culturelles différentes sont présentes à un niveau ou à un autre dans le réseau des C.L.S.C. de la région montréalaise et chacune dispose d'au moins une personne-ressource disponible pour des échanges de services entre C.L.S.C.;

- les personnes ressources disponibles sont réparties dans l'ensemble des C.L.S.C. et, sauf exception (la communauté grecque au C.L.S.C. Parc Extension et la communauté juive aux C.L.S.C. Côte-des-Neiges et Snowdon), il n'y a pas de concentration particulière de personnel originaire d'une communauté dans un C.L.S.C.;

- un matériel d'information est disponible uniquement pour 10 communautés soit les communautés arabe, arménienne, chinoise, grecque, haitienne, hispanophone, italienne, juive, portugaise et vietnamienne et, essentiellement, dans les C.L.S.C. Parc Extension, Centre-Ville, St-Louis-du-Parc et Montréal-Nord.

Faute d'une évaluation adéquate de ces ressources par rapport aux besoins ou à la demande, ces informations ne nous permettent pas actuellement de conclure sur le manque ou non de personnel capable de communiquer dans leur langue avec les communautés culturelles du Québec. Par contre, le système d'échange expérimenté depuis octobre 1986 devrait permettre d'ici peu d'évaluer l'importance de la demande existante par communauté culturelle et par rapport à cette demande. Un mécanisme d'évaluation plus sophistiqué pourra alors être mis en place si cela s'avère nécessaire.

c) La situation dans les Centres hospitaliers:

La seule information disponible sur la distribution des compétences ethno-linguistiques du personnel hospitalier semble démontrer que les hôpitaux anglophones sont mieux équipés en services pour les communautés culturelles que les hôpitaux francophones.

En effet, selon une étude faite dans les hôpitaux par l'Institut de recherche en santé et en sécurité du travail du Québec sur Le stress au travail et ses effets sur l'individu et l'organisation.

> **"les anglophones et les allophones ne sont pas représentés dans les hôpitaux francophones " (36).**

En fait, cette information est trop globale pour nous permettre d'apprécier réellement la disponibilité de ressources suffisantes en médecine généraliste ou spécialiste, en personnel d'accueil ou autres. S'il est généralement reconnu que l'adaptation des soins offerts par le réseau aux communautés culturelles implique, occasionnellement, la possibilité de recourir aux services de professionnels de la santé connaissant la culture et la langue du bénéficiaire, il nous est impossible, pour le moment du moins, de connaître le type et l'importance des compétences actuellement existantes.

Selon divers témoignages, c'est surtout dans le domaine de la santé mentale, des maladies tropicales et du traitement des réfugiés ayant souffert de tortures dans leurs pays d'origine que le manque de ressources compétentes se fait le plus sentir. Il apparaît également que, pour certaines communautés culturelles arrivées récemment (37), les ressources disponibles sont insuffisantes autant dans le secteur public que dans le secteur privé.

Quoiqu'il en soit, une évaluation précise de la situation s'impose pour permettre de développer une politique de recrutement et de formation de personnel médical dans des secteurs de pénurie ou pour des groupes-ethniques-cibles particulièrement défavorisés.

d) Les disponibilités:

Même si actuellement on ne connaît pas de façon précise la situation dans l'ensemble du réseau, il est d'ores et déjà possible d'affirmer qu'il existe une pénurie de ressources sociales et médicales capables de répondre dans la langue d'origine du client lorsque requis pour rendre un service adéquat et efficace pour certaines communautés dans plusieurs établissements.

Etant donné la complexité de la question, une évaluation systématique de l'adéquation des ressources par rapport aux besoins existants permettrait de préciser les lieux et les groupes ethno-linguistiques où un effort particulier de recrutement est nécessaire.

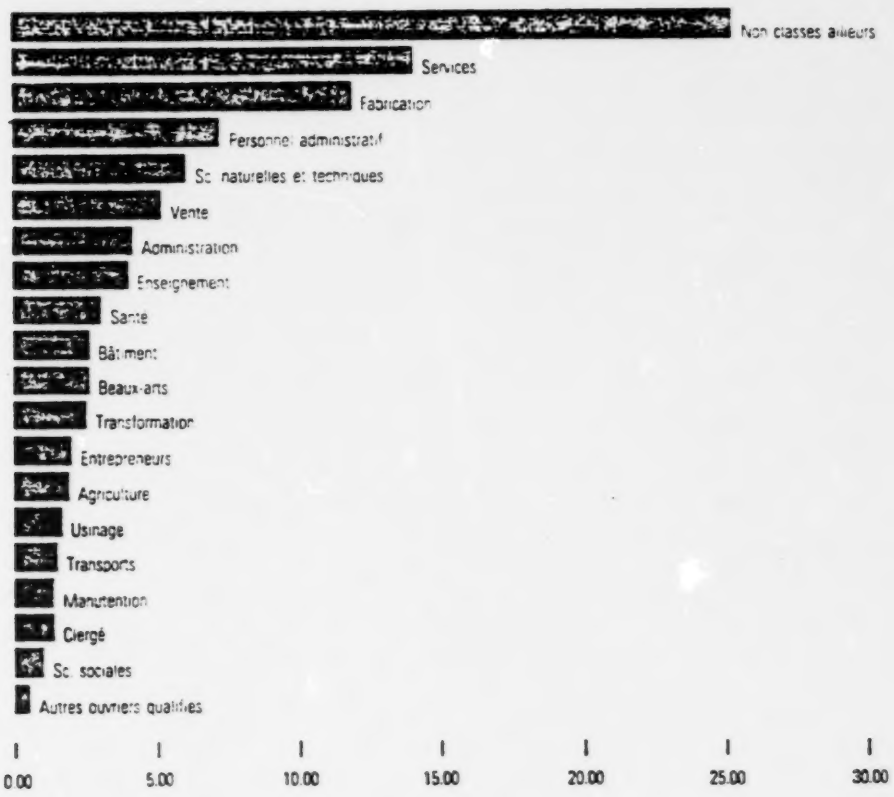
Il s'agit d'une première mesure à prendre pour assurer l'intégration au réseau de ressources humaines nécessaires pour desservir efficacement les communautés culturelles. Mais faut-il aussi que ces ressources existent, soient disponibles et soient connues.

Or, il est clair que pour certains groupes culturels et linguistiques particuliers, cette pénurie de ressources dans le réseau est relié à un manque de disponibilité de candidats ayant les qualifications professionnelles et les connaissances linguistiques nécessaires pour effectuer les tâches requises. Certaines communautés dévalorisent certaines professions médicales et sociales et évitent volontairement d'orienter les

jeunes vers ces professions. D'autres communautés ont l'habitude de s'orienter professionnellement vers le secteur du commerce, des services et connaissent mal les autres possibilités d'orientation professionnelle dans le secteur social ou médical (38).

Comme le démontre le graphique 4 sur la situation en 1984, les immigrants admis au Québec projettent rarement de travailler dans le domaine des sciences sociales ou de la santé (39).

Graphique 4
Travailleurs immigrants admis au Québec
en 1984 par groupe d'emploi projeté



Enfin, la majorité des nouveaux arrivants comme revendicateurs du statut de réfugié doivent rapidement assurer leur survie en s'intégrant au marché du travail. Ils peuvent donc difficilement retourner aux études afin d'acquérir une nouvelle formation professionnelle ou simplement suivre les quelques cours complémentaires nécessaires pour l'obtention d'un diplôme québécois équivalent à celui acquis dans leur pays d'origine.

Or, selon l'étude du Conseil des communautés culturelles et de l'immigration du Québec, Profil statistique des revendicateurs du statut de réfugié, 55% projettent de travailler dans le secteur de la transformation (41). En fait, cette étude démontre que seulement 14% d'entre eux ont une expérience dans leur pays d'origine dans des secteurs administratifs et professionnels, et que 14% espèrent pouvoir occuper un poste administratif ou professionnel dans leur pays d'accueil. Quand on sait, par ailleurs, qu'environ 1% de l'ensemble des immigrants arrivant au Canada sont des professionnels des sciences sociales et qu'environ 5% sont des professionnels de la santé (41), il semble évident que le réseau ne risque pas d'être submergé par un surplus de personnel professionnel issu des communautés culturelles.

Ainsi, on comprend mieux pourquoi les services disent faire face dans certains cas à une véritable pénurie de diplômés en sciences sociales et en sciences de la santé lors de leur recrutement auprès des communautés culturelles. Mais, parmi les bénévoles ou les permanents travaillant dans les O.N.G., on trouve beaucoup de personnes ayant une expérience et des compétences suffisantes pour effectuer ces tâches professionnelles autant auprès des communautés culturelles que de tout autre groupe socio-culturel.

Voilà pourquoi, il est nécessaire à long terme de développer des mécanismes de promotion des professions médicales et sociales auprès de certaines communautés afin de pouvoir disposer, le plus rapidement possible, des ressources nécessaires pour offrir des services dans leur langue et adaptés à leur culture. A court terme, il faut prévoir des mécanismes de reconnaissance des acquis pour les membres des communautés culturelles ayant l'expérience et les compétences nécessaires pour occuper certains postes dans le réseau.

RECOMMANDATION:

QUE LE MINISTERE DE LA SANTE ET DES SERVICES SOCIAUX DEVELOPPE UN PROGRAMME D'EMBAUCHE VISANT LE RECRUTEMENT D'UN PERSONNEL PROFESSIONNEL DANS LES DOMAINES SOCIAL ET MEDICAL AYANT LES COMPETENCES REQUISES POUR COMMUNIQUER ET INTERVENIR AUPRES DES COMMUNAUTES CULTURELLES LÀ OÙ LES BESOINS EXISTENT.

OBJECTIFS:

- Assurer l'intégration immédiate, dans le réseau, de ressources humaines supplémentaires capables d'intervenir dans leur langue d'origine auprès de membres des diverses communautés culturelles, en particulier les agents d'accueil et de liaison embauchés dans le cadre du programme de jumelage CLSC-ONG géré par le M.C.C.I.

- Assurer la formation de professionnels compétents issus des communautés culturelles.

- Assurer l'intégration dans le réseau des personnes issues de communautés culturelles ayant une expérience communautaire ou professionnelle pertinente et les compétences nécessaires pour agir comme professionnel, comme interprète culturel, comme conseiller, comme agent de liaison ou comme travailleur communautaire ou autre.

MODALITES:

- Prise en charge par le ministère de la Santé et des Services sociaux des services assurés jusqu'à présent sur une base temporaire par le ministère des Communautés culturelles et de l'Immigration dans le cadre de son programme de jumelage CLSC-ONG (Programme d'accessibilité des communautés culturelles aux services sociaux et de santé);

- lorsque justifié et justifiable, d'exiger certaines compétences dans la définition de certains postes et certaines tâches visant à rejoindre plus précisément, mais non uniquement, certaines clientèles issues des communautés culturelles (voir avis juridique, annexe 1);

- création par le ministère de la Santé et des Services sociaux d'un programme de bourse pour les nouveaux arrivants et les jeunes de la deuxième génération de certaines communautés-cibles en voie de formation professionnelle en sciences sociales ou en sciences de la santé;

- ouverture de postes réservés au recrutement de membres des communautés culturelles possédant une expérience communautaire dans le domaine social ou médical à condition que ces derniers s'engagent à acquérir une formation appropriée afin d'obtenir le diplôme normalement requis pour ces postes;

- en collaboration avec les universités et les Cégeps, création d'un programme de formation en cours d'emploi et de reconnaissance des acquis pour les nouveaux arrivants désirant travailler dans le secteur social ou dans le secteur de la santé;

- offre de programmes de perfectionnement des professionnels de la santé dans des domaines tels que la santé des immigrants, la santé des réfugiés torturés, les maladies tropicales, l'approche culturelle en santé mentale ou tout autre domaine jugé utile;

- ouverture de postes de conseiller-interprète culturel;

- reconnaissance des tâches de traduction et de conseils effectuées par certains membres du personnel étant donné leur compétence dans ces domaines et mise en place de programmes de perfectionnement obligatoires pour le personnel effectuant même occasionnellement ces tâches;

- réalisation et mise à jour annuelle d'une banque de ressources professionnelles, médicales et sociales, pour permettre le recrutement rapide de personnel compétent pour intervenir dans la langue du client et selon sa culture;

- production et diffusion auprès des établissements du réseau d'un guide d'application des mesures d'accessibilité aux communautés culturelles les informant, entre autres, des moyens mis à leur disposition pour recruter du personnel compétent.

3.8 Programme communautaire

Comme nous l'avons vu précédemment, les établissements de santé et de services sociaux du réseau ont recours occasionnellement à divers services bénévoles d'interprète, d'accompagnateur, de formateur ou autres, mis à leur disposition par des organismes non-gouvernementaux (O.N.G.) créés par et pour les communautés culturelles. En fait, les organismes communautaires intervenant auprès des groupes ethno-culturels jouent un rôle de premier plan afin de faciliter aux communautés culturelles l'accessibilité des services publics de santé et de services sociaux. Ils exercent notamment un rôle supplétif au réseau (service d'information, d'orientation, de référence, d'assistance économique, d'interprétariat, d'accompagnement, etc).

S'il existe de nombreux services et programmes d'aide financière déjà offerts aux communautés culturelles et à leurs membres soit par les gouvernements (Secrétariat d'Etat du Canada (multi-culturalisme), M.C.C.I., Commission d'Emploi du Canada), soit par les organismes communautaires et bénévoles (42), peu de ces fonds permettent de financer les activités des O.N.G. dans le domaine de la santé et des services sociaux. Certains O.N.G. développent des activités d'assistance bénévole d'entraide communautaire grâce au soutien financier du C.S.S.R.M.M. à l'intérieur du Programme 02 - Maintien à domicile (43).

En fait, ces organismes sans but lucratif doivent souvent faire face à des demandes de services quasi-professionnels,

> alors qu'ils ne disposent que de bénévoles et de faibles ressources,
>
> qu'aucun mécanisme formel ne permet de structurer et de reconnaître cette contribution,
>
> que ces tâches devraient normalement être prises en charge par le réseau.

Le C.T.A.S.S.C.C., au nom de l'ensemble de ces organismes, dénoncent cette injustice dans son mémoire à la Commission Rochon:

> **"Des organismes paragouvernementaux, ayant un personnel bien rémunéré et des budgets assez stables, "exploitent" les ressources communautaires et bénévoles".**

L'utilisation gratuite et désorganisée par le réseau de ressources communautaires développées par les communautés culturelles pour une variété de services tels que l'interprétariat, la traduction, les visites à domicile, le dépannage, ou autre, rend la tâche extrêmement difficile pour les O.N.G. Elle met en danger la continuité, la qualité et l'efficacité de leurs actions.

Pour remédier à cette situation, les O.N.G. "ethniques et multi-ethniques" réclament essentiellement les mêmes changements que ceux proposés par l'ensemble des organismes bénévoles du Montréal métropolitain dans leur mémoire présenté à la Commission Rochon, en mai 1986:

Les conditions d'amélioration de nos pratiques passent par les changements suivants:

- d'un rôle complémentaire à la structure publique à un rôle de partenaire;
- d'une relation discrétionnaire à une relation statutaire;
- d'un financement de faveur à un financement de droit.

. la reconnaissance par l'Etat du secteur de l'action volontaire avec ses spécificités particulières et son expertise propre comme partenaire à part entière dans:

- la conception et la définition des politiques de services de santé et de services sociaux par des mécanismes formels de travail;
- la planification régionale et sous-régionale;
- la programmation et la distribution des services;
- l'évaluation des politiques, programmes et services.

. la participation du secteur de l'action volontaire avec l'Etat à l'élaboration d'une politique ministérielle (MSSQ) de reconnaissance et de soutien aux organismes dudit secteur. La mise en place d'une telle politique devrait devenir une contribution à l'élaboration d'une politique interministérielle d'appui aux organismes du secteur de l'action volontaire.

. l'expérimentation de collaborations diverses entre l'Etat et le secteur de l'action volontaire et ce, dans des domaines comme la gestion de projets et de contrats de services ou la mise sur pied de services innovateurs.

. l'allocation de budgets adéquats au secteur de l'action volontaire sachant que cela obligera à effectuer des réaménagements dans l'affectation des fonds publics.

Etant donné l'étendue de la tâche réalisée par les O.N.G., l'appui accordé par le Ministère des Communautés culturelles et de l'Immigration devrait être complété par un soutien plus large de la part du gouvernement et des divers ministères. L'appui aux O.N.G. de la part du Ministère de la Santé et des Services sociaux permettrait, entre autres, d'offrir certains services aux communautés culturelles, en complémentarité avec le réseau, dans ces domaines ne relevant pas de la vocation du ministère des Communautés culturelles et de l'Immigration.

Mais faudrait-il que ces deux ministères aient auparavant clarifié leurs responsabilités respectives vis-à-vis des communautés culturelles, des O.N.G., de l'accueil, de l'adaptation, de l'intégration et de l'accessibilité des services de santé et des services sociaux. Actuellement. les responsabilités de chacun ne sont pas définies dans le domaine de la santé et des services sociaux. Tant que ces responsabilités ne seront pas clarifiées correctement, des incompréhensions persisteront entre les établissements et les O.N.G. quant aux tâches et aux responsabilités de chacun.

C'est ainsi que nous pouvons décrire la situation cahotique qui prévaut actuellement. Parfois, le service direct à la clientèle est correctement assuré parce que tous les efforts sont conjugués entre les différents partenaires pour faire face à des situations d'urgence et qu'on se soucie peu de clarifier, au préalable, les mandats de chacun. Mais, quand il s'agit d'un service plus continu, permanent, où le souci de la qualité devient important, chacun se relance la balle et plus personne ne veut en assumer la responsabilité et la réalisation.

Le Ministère des Communautés culturelles et de l'Immigration se considère responsable uniquement au plan de l'intervention et des services offerts aux nouveaux arrivants et aux réfugiés soit au cours des trois premières années au Québec. Les services d'accueil et d'adaptation nécessaires dans cette première période sont essentiellement confiés par le M.C.C.I. aux O.N.G.

Quant au Ministère de la Santé et des Services sociaux, il considère le plus souvent qu'il n'a pas à intervenir dans le domaine des services aux communautés culturelles, puisque c'est le mandat confié au Ministère des Communautés culturelles et de l'Immigration. Cette situation entraîne une sorte de vide de services pour les communautés culturelles et, en conséquence, une surcharge importante de travail et de responsabilité pour les O.N.G.

Ajoutons que les établissements du réseau, s'étant habitués petit à petit à voir confiés aux O.N.G. les services aux communautés culturelles et étant actuellement surchargés de travail, ont tendance naturellement à orienter les membres des communautés culturelles vers les O.N.G. qu'ils considèrent mieux équipés pour répondre à leurs besoins. Cette habitude du réseau est malheureusement perçue par les O.N.G. comme du "dumping" et ne facilite pas l'établissement de relations positives entre le secteur communautaire, bénévole, et le secteur public, professionnel. Il semblerait que le réseau communautaire effectue le travail alors qu'il ne dispose pas de ressources financières et que le réseau public, tout en disposant de moyens financiers et d'un personnel important, ne rend pas les services requis par les communautés culturelles. Apparemment, les communautés culturelles sont rejetées du réseau public et déversées dans un réseau parallèle, autonome et financièrement défavorisé.

La dynamique du système que nous venons de décrire engendre un ensemble de perceptions fausses et d'incompréhensions des uns par rapport aux autres. Faute de clarification des responsabilités respectives, l'agressivité augmente et la collaboration, même ponctuelle, devient difficile.

Le Ministère des Communautés culturelles et de l'Immigration ne peut tout faire seul, les O.N.G. non plus et le Ministère de la Santé et des Services sociaux non plus. Par contre, chacun peut contribuer, dans la mesure de ses moyens et selon le rôle qui lui est confié, à développer l'accessibilité des services publics aux communautés culturelles, à aider à l'intégration des communautés culturelles au Québec et à favoriser l'harmonie sociale entre les divers groupes ethno-culturels vivant au Québec.

C'est dans cet esprit que les O.N.G. réclament la reconnaissance par le Ministère de la Santé et des Services sociaux de leur contribution à l'accueil, l'adaptation et l'intégration des communautés culturelles et le soutien financier et technique nécessaire pour pouvoir assurer la qualité, la continuité et la permanence des organismes communautaires et bénévoles créés par les communautés culturelles. Dans cet esprit, les O.N.G. offrent leur collaboration aux divers établissements du réseau pour mieux coordonner les efforts de tous les intervenants auprès des communautés culturelles. Il ne s'agit nullement de vouloir créer un réseau parallèle pour les communautés culturelles, mais plutôt de s'associer comme partenaires dans des réalisations communes ou complémentaires utiles pour tous. Il faut agir ensemble dans le respect des mandats, des orientations et des possibilités de chacun plutôt que de laisser pourrir une situation inutilement. Le Québec est déjà une société multiculturelle. Des besoins nouveaux existent et c'est ensemble et maintenant qu'il faut agir.

C'est pourquoi des mécanismes formels de concertation entre le Ministère de la Santé et des Services sociaux et le Ministère des Communautés culturelles et de l'Immigration sont nécessaires rapidement pour clarifier les responsabilités respectives vis-à-vis les communautés culturelles et les O.N.G. Une étude sur le rôle réel ces O.N.G. permettrait de mettre en évidence leurs diverses contributions dans différents domaines qui dépassent ce qui leur est officiellement demandé par le M.C.C.I. et contribuerait ainsi à déterminer l'importance des besoins et à clarifier les divers niveaux de responsabilités qui devront répondre aux besoins des communautés culturelles. Un mécanisme formel de coordination entre les O.N.G. et le Ministère de la Santé et des Services sociaux est aussi nécessaire pour s'informer réciproquement, pour clarifier les besoins, les possibilités de collaboration, et pour définir les modalités de

cette collaboration. Ceci permettrait d'éviter la confusion actuelle. Ces mécanismes de coordination permettraient également d'identifier clairement les tâches que le Ministère de la Santé et des Services sociaux et le Ministère des Communautés culturelles et l'Immigration désirent confier aux O.N.G. et d'élaborer des modalités de fonctionnement et de financement.

RECOMMANDATION:

QUE LE MINISTERE DE LA SANTE ET DES SERVICES SOCIAUX ENTREPRENNE LES DEMARCHES NECESSAIRES POUR L'ELABORATION ET LA MISE EN APPLICATION D'UN PROGRAMME DE SUBVENTION ET DE CONTRAT DE SERVICE DESTINE A APPUYER L'ACTION DES O.N.G. DES COMMUNAUTES CULTURELLES QUI ADMINISTRENT ET QUI DELIVRENT DES SERVICES SOCIO-SANITAIRES COMPLEMENTAIRES OU ALTERNATIFS AUX COMMUNAUTES CULTURELLES.

OBJECTIFS:

- Clarifier les responsabilités des divers partenaires concernés par les services de santé et les services sociaux aux communautés culturelles.

- Définir une politique de financement cohérente pour les diverses activités réalisées par les O.N.G.

- Etablir des mécanismes formels de concertation et de coordination entre le ministère, les O.N.G. et les établissements.

- Assurer que les ressources publiques et communautaires disponibles soient connues et utilisées au mieux de part et d'autre afin d'améliorer la qualité générale des services.

MODALITES:

En conséquence, plusieurs formes de mesures devront être examinées pour trouver les mécanismes de fonctionnement les plus pertinents et les plus efficaces entre les O.N.G., le Ministère et les divers établissements du réseau. Divers types de contrats de services devraient être envisagés pour financer les diverses activités confiées aux O.N.G. concernant:

- la sensibilisation du personnel;
- l'out-reach et l'information aux communautés culturelles;
- le développement de services de maintien à domicile pour les personnes âgées et les personnes handicapées;
- une intervention plus communautaire auprès de certains groupes-cibles prioritaires;
- des services de traduction ou d'interprètes culturels;
- un travail communautaire auprès de certains groupes de jeunes;
- toutes autres tâches jugées utiles auxquelles les O.N.G. peuvent contribuer.

Ces modalités de collaboration devraient permettre d'assurer la continuité des services communautaires de qualité et la diffusion permanente de l'information aux intervenants du réseau sur les ressources communautaires et bénévoles disponibles.

SUGGESTIONS ADDITIONNELLES:

Il est souhaitable qu'un tel programme vise le moyen et le long terme, de trois à cinq ans par exemple. La subvention pourrait être renouvelable chaque année, mais l'entente de principe pourrait s'échelonner sur une plus longue période afin de permettre aux O.N.G. d'être en mesure de planifier et d'évaluer leurs activités à des étapes précises.

La distribution des enveloppes pourrait se faire soit à partir des territoires (concentration géographique de la clientèle cible), soit en tenant compte de la taille des communautés visées, soit en fonction de l'urgence et des problèmes évalués comparativement aux ressources disponibles, soit sur la base d'une combinaison de tous ces facteurs.

La priorité pourrait être accordée aux O.N.G. qui se regroupent à l'intérieur d'un même territoire pour offrir un ensemble de services complémentaires.

On pourrait proposer comme condition de participation que les O.N.G. d'un territoire ou d'un secteur donné se concertent avec les institutions et les points de services du réseau des Affaires sociales dans la définition, l'élaboration et l'évaluation des services complémentaires à mettre en place (44).

Le budget pourrait être directement administré par le Ministère de la Santé et des Services sociaux ou toute autre instance déléguée.

3.9 Programme de promotion de la recherche sociale

Le Ministère de la Santé et des Services sociaux dispose actuellement de très peu d'informations concernant les communautés culturelles et des difficultés à desservir des services à cette population. En fait, la collecte de données sur les communautés culturelles pose problème. En effet, on peut considérer discriminatoire et contraire à la Charte des droits et libertés de demander aux bénéficiaires des hôpitaux, ou des C.L.S.C. ou autres d'identifier leur pays d'origine, ou leur race, ou leur langue maternelle ou autres.

C'est pourquoi le ministère et les établissements ne disposent pas actuellement d'informations quantitatives leur permettant de dresser un état exhaustif de la situation sur:

a) la présence des communautés culturelles au sein du personnel des établissements du réseau;

b) la présence des communautés culturelles au sein des conseils d'administration;

c) la présence des communautés culturelles au sein de la clientèle des établissements;

d) l'importance de la demande de services provenant des communautés culturelles;

e) l'importance des besoins existants en personnel;

f) les difficultés de recrutement de personnel professionnel compétent pour intervenir auprès des communautés culturelles;

g) le type de services effectivement rendus aux communautés culturelles par le réseau;

h) les initiatives existantes au sein du réseau et des O.N.G.

Comment modifier de façon adéquate l'approche du réseau alors qu'aucune étude ne nous permet de connaître et de comprendre les habitudes socio-sanitaires des communautés culturelles du Québec?

Comment améliorer l'évaluation et adapter l'intervention si aucune recherche n'est effectuée pour systématiser et diffuser l'expérience acquise en ce domaine? Comment adapter les services aux besoins si ces besoins ne sont pas identifiés et analysés? Comment tenir compte de la demande particulière si on n'a pas les moyens d'évaluer la nature et l'importance de cette demande? Comment faire un état de situation sur l'accessibilité des services aux communautés culturelles sans développer des mécanismes de collecte d'informations pertinentes? Comment identifier les problèmes sociaux particuliers des communautés culturelles s'il n'y a aucune étude réalisée sur ces questions?

Suite au rapide inventaire réalisé par le comité, des recherches et des données disponibles sur les communautés culturelles dans le domaine de la santé et des services sociaux au Québec (45), nous pouvons constater que les études disponibles concernent surtout l'analyse des perceptions de diverses catégories de personnel du réseau vis-à-vis des communautés culturelles (46). Or, ce type d'information est intéressant, mais insuffisant pour tracer un portrait clair et rigoureux de la situation. Le manque d'informations quantitatives, systématisées et rigoureuses sur le dossier des communautés culturelles au sein du Ministère de la Santé et des Services sociaux est évident.

Etant donné les difficultés rencontrées par le comité dans l'élaboration de mesures opérationnelles, claires et précises sans données quantitatives de base, nous sommes convaincus que le manque de recherche et d'information sur cette question est aussi un des facteurs qui rend difficiles l'adaptation des services ainsi que l'opérationalisation des mesures nécessaires pour assurer des services de santé et des services sociaux du réseau aux communautés culturelles. Cette lacune doit également être corrigée pour permettre l'implantation de mesures les plus pertinentes possibles à partir d'informations justes et précises.

RECOMMANDATION:

QUE LE MINISTERE DE LA SANTE ET DES SERVICES SOCIAUX RESERVE UN BUDGET POUR LA PROMOTION DE LA RECHERCHE SOCIALE CONCERNANT LES COMMUNAUTES CULTURELLES.

OBJECTIFS:

- Assurer une meilleure connaissance des besoins sanitaires et sociaux des communautés culturelles.

- Réaliser un inventaire des réalisations dans le réseau et hors réseau pour les communautés culturelles.

- Faire l'évaluation des progrès accomplis pour améliorer l'accessibilité des services aux communautés culturelles.

MODALITE:

- Demander que les recherches subventionnées par le Conseil de la recherche sociale tiennent compte de la dimension ethno-linguistique autant que possible.

3.10 Programme d'adaptation des services

L'accessibilité des services socio-sanitaires aux communautés culturelles exige une organisation adaptée. Il ne suffit pas de compter sur la bonne volonté et le degré de sensibilisation des intervenants: les établissements du réseau doivent se structurer et organiser leurs ressources en fonction des communautés culturelles au même titre que pour l'ensemble de la population.

Plusieurs expériences ont été vécues. Des hôpitaux dressent une liste de leur personnel selon les langues parlées afin d'établir la liste des interprètes possibles. Des centres d'accueil d'hébergement réservent un certain nombre de places pour des communautés précises. Des C.L.S.C. mettent en place un système d'échange de ressources entre eux pour mieux répondre à la grande variété ethno-culturelle qui s'adressent à eux. Des établissements organisent des programmes particuliers pour des clientèles à risques: requérants au statut de réfugié, cours prénataux aux mères espagnoles, etc.

Ces efforts sont certes louables et ont pour effet de faire reconnaître les établissements qui les font comme des organisations "ouvertes" aux communautés culturelles. Cependant, l'effort n'est pas généralisé systématiquement. Il ne repose souvent que sur la conviction de quelques personnes particulièrement sensibilisées à la problématique des communautés culturelles. Cet effort d'ouverture aux communautés culturelles n'est pas considéré comme une obligation de base de la gestion et de l'organisation des établissements et du réseau de la santé et des services sociaux.

Au plan de l'organisation des ressources, le problème se situe à deux niveaux: le problème de l'adaptation aux réalités ethno-culturelles et le problème de la masse critique.

3.10.1 L'adaptation aux réalités ethno-culturelles

Par l'adaptation des services aux réalités ethno-culturelles, on vise une plus grande humanisation des interventions du réseau de la santé et des services sociaux. L'humanisation passe par le respect des traits culturels des bénéficiaires.

Ainsi, l'habileté des intervenants à communiquer, au besoin, dans la langue maternelle du bénéficiaire est une dimension importante de l'humanisation et une condition importante de la qualité des services.

Il est souhaitable également que les communications écrites et les indications des établissements puissent être comprises par les personnes provenant de groupes ethno-culturels. Qu'on utilise la langue du bénéficiaire, des pictogrammes, des interprètes, ou autres moyens, il faut que le bénéficiaire puisse s'y retrouver facilement dans le système de santé et de services sociaux.

Un autre élément de l'humanisation est celui du respect des valeurs, des moeurs et des habitudes de vie du bénéficiaire. Dans cette optique, des efforts peuvent être faits par les organisations du réseau pour adapter la cuisine, les services religieux et les soins eux-mêmes aux us et coutumes des communautés culturelles.

Par ailleurs, les établissements doivent mettre en place, aux endroits stratégiques de leur organisation, des personnes qui connaissent ces communautés (qu'elles proviennent ou non du même groupe) et leurs problématiques, et qui sont capables d'en tenir compte dans leurs interventions.

Bref, tous les établissements du réseau peuvent et doivent faire des efforts additionnels pour mieux adapter leurs services réguliers aux particularités des communautés culturelles. Il s'agit là d'un moyen essentiel qui doit être visé pour toutes les populations-cibles du réseau de la santé et des services sociaux.

3.10.2 Le problème de la masse critique

Malgré tous leurs efforts, les établissements rencontrent un obstacle majeur à l'adaptation de leurs services aux réalités particulières des communautés culturelles. Il s'agit de la difficulté d'affecter des ressources pour des clientèles dites "minoritaires".

En effet, les communautés culturelles, pour diverses raisons, se présentent souvent comme des groupes minoritaires.

Certaines communautés sont au total peu nombreuses. D'autres se retrouvent dans l'ensemble en plus grand nombre, mais leurs membres sont dispersés sur le territoire. Dans d'autres cas, les membres d'une communauté effectuent peu de demandes de services aux établissements du réseau.

Dans tous les cas, il est difficile pour un établissement de s'organiser à l'intérieur même de son bassin de ressources.

Comment résoudre ce problème?

La tentation de confier à un établissement l'exclusivité des services à une communauté culturelle donnée existe. Cette voie nous semble à rejeter, sauf si elle peut être justifiée pour des raisons de continuité historique dans le mode de distribution des services.

En effet, cette approche contient les germes d'une discrimination importante en fonction de la langue et de l'ethnie et elle enlève ainsi toute responsabilité aux établissements du réseau en regard de cette communauté.

Pour résoudre le problème, nous croyons qu'il est préférable d'avoir recours à des actions qui comprennent la mise en place par entente formelle ou informelle de services conjoints entre des établissements. Ou encore, l'implantation d'un service particulier dirigé vers une problématique ethno-culturelle précise dans un établissement, dont la mission demeure multi-culturelle.

Cette façon de faire, dont il existe des exemples de plus en plus nombreux sur le territoire, nécessite toutefois une excellente coordination de la part d'une instance régionale de préférence, de façon à identifier les problématiques qui exigent un tel traitement, à entreprendre le mouvement de concertation inter-établissements nécessaire et à en assurer le suivi.

RECOMMANDATION:

QUE LE M.S.S.S. S'ASSURE QUE CHAQUE ETABLISSEMENT DU RESEAU A PRIS LES MESURES ADEQUATES POUR ADAPTER L'ORGANISATION DE SES RESSOURCES AUX REALITES PARTICULIERES DES COMMUNAUTES CULTURELLES ET QUE, DANS LES CAS OÙ CES MESURES NE SUFFISENT PAS POUR ASSURER UNE ACCESSIBILITE ADEQUATE AUX COMMUNAUTES CULTURELLES, IL S'ASSURE QUE DES SERVICES PARTICULIERS SOIENT DEVELOPPES.

OBJECTIFS:

- Assurer dans chacun des établissements du réseau l'adaptation nécessaire pour rendre accessibles les services aux communautés culturelles.

- Coordonner l'implantation systématique des mesures appropriées pour adapter les différents services en fonction des besoins particuliers des communautés culturelles.

- Intégrer à la gestion et à l'organisation du réseau une obligation d'adapter systématiquement les services en tenant compte des besoins particuliers des communautés culturelles.

MODALITES:

Le M.S.S.S. peut confier au Conseil régional le mandat d'assurer, en collaboration avec les établissements, la coordination dans sa région des actions pour organiser les ressources des établissements du réseau en tenant compte des besoins particuliers des communautés culturelles.

- Evaluation des besoins des communautés culturelles.

- Définition de plans d'action pour chaque établissement et pour l'ensemble.

- Suivi de l'implantation des plans d'action.

CHAPITRE 1V

4. LE ROLE DU MINISTERE DE LA SANTE ET DES SERVICES SOCIAUX ET L'IMPLANTATION DE MESURES ASSURANT L'ACCESSIBILITE DES SERVICES DE SANTE ET DES SERVICES SOCIAUX DU RESEAU AUX COMMUNAUTES CULTURELLES

4.1 Etat de la situation

Il est généralement admis que le réseau est actuellement mal préparé pour desservir efficacement la population québécoise en fonction du contexte socio-culturel présent et à venir. Comme le mentionne M. Jules Perron, auteur d'un ouvrage sur l'administration sociale et les services sociaux, réagir, s'adapter et évoluer est un des enjeux majeurs du système de santé et de services sociaux. Justement, c'est précisément la tâche de la commission Rochon de proposer les changements structurels qui s'imposent.

Entre temps, notre comité a étudié des mesures particulières pour rendre accessibles les services du réseau aux communautés culturelles et se demande si, encore une fois, on ne va pas reproduire un système s'adaptant difficilement aux besoins des communautés culturelles. A notre connaissance, une seule des recherches subventionnées par la Commission, celle du G.I.R.A.M.E., étudie ce problème. Est-ce que ce sera suffisant pour permettre à la Commission de proposer des changements structurels utiles "pour tous" parce que tenant compte des disparités socio-culturelles, ethno-linguistiques et autres?

Quoiqu'il en soit, il serait important que le Ministère s'assure que toute modification future des structures, des rôles, des fonctions, de gestion, des programmes ou autres soit faite en ayant évalué au préalable les conséquences de ces changements sur l'accessibilité des services aux communautés culturelles.

Si le réseau de la santé et des services sociaux du Québec est actuellement mal préparé pour desservir les communautés culturelles efficacement, il est d'autant plus important de prévenir une détérioration encore plus grande de la situation à l'avenir par des transformations inappropriées. C'est pourquoi notre comité est particulièrement préoccupé par la mise en place de structure de suivi et de contrôle de ce dossier au sein du Ministère.

Au Ministère de la Santé et des Services sociaux, il n'existe actuellement aucun mécanisme d'évaluation des besoins des communautés culturelles, d'élaboration d'objectifs, de recherche de moyens pour adapter les programmes et les services, ou de suivi et de contrôle des mesures adoptées par le Ministère. La circulaire no. 1982-056, du 19 août 1982 (6), confiait aux CRSSS et aux établissements la responsabilité d'élaborer des politiques favorisant l'embauche de membres des communautés culturelles, la représentation des communautés culturelles sur les conseils d'administration et l'adaptation des services par la mise en place de programmes de sensibilisation. Cette directive est presque restée lettre morte parce qu'elle n'était accompagnée d'aucun mécanisme d'implantation et de coordination au sein du Ministère.

Les CRSSS et les établissements ne pouvaient donc disposer d'aucun appui, d'aucun conseil d'expert du Ministère pour l'élaboration d'une politique appropriée. Même si les établissements du réseau désirent appliquer les orientations très générales définies par le Ministère, ils se sentent démunis pour trouver seuls des moyens d'appliquer ces directives. L'appui des CRSSS, du CIPACC, du Ministère des Communautés culturelles et de l'Immigration et des organismes non-gouvernementaux est apprécié, mais demeure insuffisant.

En réalité, la manque de structure de suivi de ce dossier au niveau du Ministère est interprété comme un manque de volonté politique ferme de modifier la situation de façon significative au sein du réseau. L'accessibilité des services de santé et des services sociaux n'apparaît nulle part comme une priorité pour le Ministère de la Santé et des Services sociaux. Il semble même que, dans l'esprit de plusieurs, l'ensemble des questions concernant les communautés culturelles, y compris les services de santé et les services sociaux destinés aux communautés culturelles, relève du Ministère des Communautés culturelles et de l'Immigration et, qu'à ce titre, ils n'ont pas à s'en préoccuper. Ainsi, Jules Perron n'inclut pas les services sociaux aux migrants dans sa description du fonctionnement du réseau parce que, selon lui "ce programme relève d'un autre Ministère que celui de la Santé et des Services sociaux, soit du Ministère des Communautés culturelles et de l'Immigration".

En fait, le guide publié par le M.C.C.I. à l'intention des réseaux publics et parapublics, Les non-citoyens et les services publics, fait état d'un service social offert par le M.C.C.I. Difficile de s'y retrouver quand les responsabilités ne sont pas clairement identifiées.

Ainsi, faute d'une politique claire et d'une structure de suivi du dossier au Ministère de la Santé et des Services sociaux, l'incompréhension et des situations ambigues et contradictoires existent actuellement. C'est du moins ce que le comité a pu constater par l'ensemble de ses contacts. Dans le réseau, on se demande qui sont les communautés culturelles? Quels sont leurs problèmes? Qu'est-ce que le Ministère de la Santé et des Services sociaux attend des établissements dans ce domaine? Et, quels sont les moyens dont ils disposent pour desservir correctement une catégorie de population "minoritaire", parfois même invisible?.

C'est pourquoi sans une politique claire du Ministère de la Santé et des Services sociaux sur cette question, sans une structure d'implantation et de coordination, sans une information appropriée sur les objectifs du Ministère en la matière, sans une évaluation systématique de la situation dans le réseau et des mécanismes d'évaluation des résultats obtenus, l'accessibilité des services du réseau aux communautés culturelles est lourdement compromise par un nombre important de facteurs systématiques défavorables. C'est donc de la responsabilité du Ministère de la Santé et des Services sociaux de proposer un ensemble d'actions structurées pour provoquer des transformations générales et permanentes permettant d'assurer partout un service adapté et efficace pour tous. C'est aussi de la responsabilité du M.S.S.S. de fournir aux établissements une expertise pour les mesures les plus propices et les plus adaptées selon les situations locales.

4.2 Notre conception du rôle du Ministère de la Santé et des Services sociaux

IL INCOMBE AU MINISTERE DE LA SANTE ET DES SERVICES SOCIAUX DE DEVELOPPER DES MESURES POUR CORRIGER LA SITUATION EN INTERVENANT SUR L'ENSEMBLE DES FACTEURS PERTURBANT L'ACCESSIBILITE DES SERVICES OFFERTS PAR LE RESEAU AUX COMMUNAUTES CULTURELLES.

Considérant la complexité des mesures requises à l'élimination des difficultés inhérentes au système et à l'application effective des principes d'accessibilité et de continuité des services de santé et de services sociaux, le Ministère doit mettre en place un mécanisme qui permettra d'avoir en permanence une connaissance précise de la situation et de poser des gestes qui corrigeront cette dernière.

Selon nous, pour exprimer clairement sa volonté d'intervenant responsable, le Ministère doit s'assurer d'une structure administrative qui garantirait des orientations précises concernant l'application effective des principes d'accessibilité et de continuité des services fournis par les établissements du réseau aux membres des communautés culturelles.

C'est de la responsabilité ministérielle que relève la décision de mettre en place une structure d'intervention qui assurerait l'information appropriée aux usagers des communautés culturelles, la concertation intra-ministérielle et l'intégration fonctionnelle des établissements du réseau et des organismes non-gouvernementaux aux fins d'assurer les transformations que requiert le processus de l'administration et de la prestation des services de santé et de services sociaux.

La volonté du Ministère d'assurer la coordination ministérielle, interministérielle et la participation des intervenants tant des établissements que des communautés culturelles devrait se traduire par la création d'un Bureau de coordination rattaché administrativement au Sous-ministre. Ce Bureau aurait le mandat d'opérationnaliser les orientations ministérielles relatives à la prestation des services de santé et de services sociaux aux communautés culturelles, et de s'assurer la collaboration et la participation actives des établissements dans l'implantation de programmes de soins qui tiennent compte de la spécificité socio-culturelle des usagers pour tous les aspects du processus, à savoir l'information publique, l'éducation, la prévention, l'accueil, le traitement et le suivi thérapeutique (voir activités à réaliser en priorité).

RECOMMANDATION:

QUE LE MINISTERE DE LA SANTE ET DES SERVICES SOCIAUX SOIT DOTE D'UN BUREAU DE COORDINATION RATTACHE ADMINISTRATIVEMENT AU SOUS-MINISTRE.

OBJECTIFS:

- Opérationnaliser les orientations ministérielles relatives à la prestation des services de santé et des services sociaux aux communautés culturelles.
- S'assurer de la collaboration et de la participation active des établissements dans l'implantation de programmes de soins qui tiennent compte de la spécificité socio-culturelle des usagers, membres des communautés culturelles.
- Sensibiliser les structures administratives du ministère aux besoins et à la réalité des membres des communautés culturelles par rapport au réseau de la santé et des services sociaux.

MODALITES:

. **Nomination à court terme d'un coordonnateur du Bureau.**

Tenant compte de l'importance de ce Bureau de coordination relativement aux objectifs visés, le Ministère devra, au moment de la nomination du coordonnateur de ce Bureau, s'assurer de certains prérequis, à savoir que le candidat devra:

. **Posséder une très bonne connaissance de la structure administrative et du fonctionnement du Ministère de la Santé et des Services sociaux.**

. **Etre au fait des composantes du réseau et de leur fonctionnement.**

. **Manifester une ferme volonté d'améliorer les modes de prestation des services sociaux et de santé pour les membres des communautés culturelles.**

- **Posséder des qualités exceptionnelles de leadership, de persuasion et de créativité.**

- **Démontrer des capacités de création et de maintien de saines relations avec les autorités des établissements et des organismes non-gouvernementaux.**

En acceptant de jouer ce rôle, le Ministère démontrera sa volonté de s'engager activement aux fins d'améliorer la situation actuelle en acceptant d'intervenir sur l'ensemble des facteurs qui nuisent à l'application effective des principes d'accessibilité et de continuité des services offerts par son réseau aux membres des communautés culturelles.

4.3 Activités à réaliser en priorité

1) Définition d'une politique ministérielle en matière de prestation de services de santé et de services sociaux aux membres des communautés culturelles.

2) Mise en place de mécanismes permettant la connaissance de l'évolution de la situation, en particulier, la création d'un comité consultatif sur la question semblable dans sa composition à l'actuel "Comité consultatif sur l'accessibilité des services des établissements du réseau aux communautés culturelles"

3) Etude des besoins des communautés culturelles en tenant compte des secteurs où se trouvent les clientèles.

4) Mesures et mécanismes d'échange de ressources inter-établissements.

5) Traduction et interprétation culturelle de l'information sur les services fournis et du matériel didactique utilisé dans les activités de prévention, d'information et d'éducation.

6) Favoriser l'éducation des intervenants des établissements aux spécificités des différents groupes culturels qui ont recours à leurs services professionnels.

7) Assurer une plus grande souplesse dans la gestion des ressources du réseau aux fins de mieux répondre aux besoins des usagers issus des communautés culturelles.

8) Etablir une liaison fonctionnelle et continue avec les ministères des Communautés culturelles et de l'Immigration, de l'Education et de la Justice.

9) Etablir une liaison continue avec tout autre organisme engagé dans le processus d'intégration des membres des communautés culturelles dans le respect de leur spécificité.

10) Définir et mettre en vigueur des règles de fonctionnement administratives pour la rédaction de textes non discriminatoires et pour l'inclusion dans les mémoires d'une rubrique "impact sur la prestation des services de santé et des services sociaux aux membres des communautés culturelles".

LISTE DES RECOMMANDATIONS DU COMITE

1) QUE LE MINISTERE DE LA SANTE ET DES SERVICES SOCIAUX SE DOTE D'UN BUREAU DE COORDINATION RATTACHE ADMINISTRATIVEMENT AU SOUS-MINISTRE AFIN DE VEILLER A L'IMPLANTATION DES RECOMMANDATIONS SUIVANTES:

2) Que le Ministère de la Santé et des Services sociaux, en collaboration avec les Ministères et les organismes concernés, crée un programme permanent d'information sur le fonctionnement et les services du réseau à l'intention des communautés culturelles.

3) Que le Ministère de la Santé et des Services sociaux s'assure que les établissements disposent de moyens adéquats et suffisants pour communiquer dans la langue et comprendre la culture des membres des communautés culturelles afin de rendre les services efficaces.

4) Que le Ministère de la Santé et des Services sociaux mette en place des mécanismes assurant la présence des communautés culturelles sur les conseils d'administration des établissements.

5) Que le Ministère de la Santé et des Services sociaux prenne les moyens nécessaires pour contrecarrer les pratiques de discrimination systémique dans son propre réseau de services de santé et de services sociaux et implante un programme d'accès à l'égalité en emploi pour les communautés culturelles dans le réseau.

6) Que le Ministère de la Santé et des Services sociaux, en collaboration avec le Ministère des Communautés culturelles et de l'Immigration et les organismes non-gouvernementaux (O.N.G.), implante un programme permanent de sensibilisation aux rapports interculturels pour:

   . le personnel du ministère, des C.R.S.S.S., des établissements;

   . les directions générales et les cadres administratifs;

   . les membres des conseils d'administration;

   . les conseils ou comités de bénéficiaires.

7) Que le Ministère de la Santé et des Services sociaux exige que les programmes de formation en sciences de la santé et en sciences sociales comportent obligatoirement une formation en intervention auprès des groupes ethniques et préparent les professionnels à intervenir efficacement auprès de ces communautés culturelles.

8) Que le Ministère de la Santé et des Services sociaux développe un programme d'embauche visant le recrutement d'un personnel professionnel dans les domaines social et médical ayant les compétences requises pour communiquer et intervenir dans d'autres langues que le français et l'anglais, là où les besoins existent.

9) Que le Ministère de la Santé et des Services sociaux entreprenne les démarches nécessaires pour l'élaboration et la mise en application d'un programme de subvention et de contrat de service destiné à appuyer l'action des O.N.G. des communautés culturelles qui administrent et qui délivrent des services socio-sanitaires complémentaires ou alternatifs aux communautés culturelles.

10) Que le Ministère de la Santé et des Services sociaux réserve un budget pour la promotion de la recherche sociale concernant les communautés culturelles.

11) Que le Ministère de la Santé et des Services sociaux s'assure que chaque établissement du réseau a pris les mesures adéquates pour adapter l'organisation de ses ressources aux réalités particulières des communautés culturelles et que, dans les cas où ces mesures ne suffisent pas pour assurer une accessibilité adéquate aux communautés culturelles, il s'assure que des services particuliers soient développés.

NOTES ET REFERENCES

1. Ministère de l'Immigration du Québec, Colloque tenu par le Comité consultatif, 4, 5 juin 1977.

2. Proposition pour une politique d'accessibilité des services socio-sanitaires aux populations des minorités ethniques. Montréal, 1979.

3. Gouvernement du Québec, Plan d'action à l'intention des communautés culturelles, mars 1981.

4. C.S.S.R.M.M., Politique d'accessibilité des services socio-sanitaires aux communautés culturelles, Montréal, mai 1982.

5. C.I.P.A.C.C., Rapport annuel 1981-1982, Montréal, mars 1983.

6. Ministère des Affaires sociales, Politique d'accessibilité aux services de santé et aux services sociaux pour les personnes issues de communautés culturelles, circulaire no. 1982-056 du Sous-ministre Jean-Claude Deschênes. Gouvernement du Québec, 19 août 1982.

7. C.S.S.S.R.M.M., Rapport d'étape et recommandations du groupe de travail sur l'accessibilité des services aux communautés culturelles, septembre 1985.

8. C.I.P.A.C.C., Rapport d'activités, 10 novembre 1982 au 29 février 1984.

9. C.C.C.I.Q., Profil statistique des revendicateurs du statut de réfugié, réalisé par Bertrand Lebel, Montréal 1987.

10. ASSEMBLEE NATIONALE, Loi sur le Conseil des Communautés culturelles et de l'Immigration, adoptée le 20 décembre 1984.

11. Bertrand Lebel, "Les relations entre les membres des communautés culturelles et les services sociaux et de santé", dans Etudes ethniques au Canada, Conseil des communautés culturelles et de l'immigration, janvier 1986.

12. Le C.S.S. juif sert souvent d'exemple de cette situation exceptionnelle et il est souvent présenté par les communautés culturelles comme un modèle d'adaptation efficace.

    Le D.S.C. St-Luc est également un autre exemple de ces situations d'exception. Il a été mandaté par le C.S.S.S.R.M.M. pour concevoir et mettre en application un programme de santé communautaire à l'intention des revendicateurs au statut de réfugié (c.f. L'article de Yves Robert dans le Supplément du Devoir du 18 mars 1987).

13. Voir, entre autres, l'analyse de Jules Perron, Administration sociale et services sociaux, Chicoutimi, Ed. Gaétan Morin, 1986.

14. Nous avons vu au chapitre 1 que l'immigration des années 1970-1980 est très différente de celle d'origine européenne que nous avions connue auparavant. La distance culturelle et linguistique (venant soit d'Amérique latine, soit d'Asie ou d'Afrique) et les Québécois dits de "vieille souche" est davantage difficile à franchir.

15. Sur les difficultés d'intervenir en contexte interculturel: DOUYON, EMERSON, "Intervenir sur la différence: un défi", dans R.I.A.C. no. 14/54, 1986.

    AUZ, M.H., "Notes sur la relation médecin-patient dans la situation interculturelle", Bulletin d'Ethnomédecine, no. 11, France, 1982, pages 9-22.

    Santé mentale au Canada, Vol. 34, no. 4, décembre 1986.

    TRINH, Phuong, "Intervenir en contexte d'autorité auprès des réfugiés d'origine vietnamienne", dans Intervention, no. 74, mai 1986.

16. Sur les variations de la conception de la maladie selon les cultures, c.f.:

    DUCHESNE, Marlene, La représentation sociale de la santé et de la maladie chez l'Haïtien dans l'Est de Montréal. Thèse de maîtrise en médecine sociale et préventive, Université de Montréal, 1983.

MELZACK, R. et WALL, P.D., Le défi de la douleur, Chenalière et Stanké, 1982.

WELLER, Susan, C., "Cross-Cultural Concepts of Illness: Variation and Validation", dans American Anthropologist, Vol. 86, 1984.

17. Nous ne disposons malheureusement pas d'informations sur les caractéristiques ethno-culturelles de la clientèle d'aucun établissement du réseau. Ces données sommaires sur la clientèle à un moment donné d'un service fédéral, nous donne au moins un aperçu de la situation éventuelle dans le réseau.

*R.P.S. non encore rencontrés.

18. Mémoire présenté à la Commission Rochon par l'Association multi-ethnique pour l'intégration des personnes handicapées du Québec, janvier 1986.

19. Mémoire présenté à la Commission Rochon par le C.T.A.S.S.C.C., mai 1986.

20. DISCRIMINATION SYSTEMIQUE:

"Se dit des pratiques ou systèmes d'emploi qui, bien que neutres en apparence et appliqués de manière impartiale, ont pour effet d'exclure les membres des groupes cibles pour des motifs sans rapport avec l'emploi ou non justifiés par la sécurité ou le bon fonctionnement de l'entreprise". (Conseil des communautés culturelles et de l'immigration du Québec, Mémoire sur le projet de règlement sur les programmes d'accès à l'égalité, présenté à la Commission des institutions, septembre/octobre 1985, page 70).

Se référer également à la Commission des droits de la personne, La Discrimination, les Cahiers, Montréal 1980.

21. Conseil de la santé et des services sociaux de Lanaudière et des Laurentides, Guide des droits et des responsabilités des bénéficiaires, 17 décembre 1985.

Conseil régional de la santé et des services sociaux de l'Estrie, Les dernières nouvelles, "Les Néo-canadiens et les services du réseau", Sherbrooke, février 1984, no. 1.

22. Politique d'accessibilité des services socio-sanitaires aux communautés culturelles, Montréal, mars 1982.

23. Sorecom, En plus, on est moins, août 1983.

24. A.C.S.S.S.Q., Les services sociaux au Québec: problèmes spécifiques et pistes de solutions. Document de travail, Montréal, 1986, page 121.

25. Dana, R.H. Human Services for Cultural Minorities, University Park, 1981.

HART, Aileen F., "Clinical Social Work and Social Administration: Bridging the Culture Gap", dans Administrative Social Work, Vol. 8, 3, 1984.

RATHWELL, Tom, "General Practice, Ethnicity and Health Services Delivery", dans Social Science and Medicine, Vol. 19, 2, 1983.

WRIGHT, Roosevelt, SALEEBY, Dennis, WATTS, Thomas D. et LECCA, Pedro J., Transcultural Perspectives in the Human Services: Organisational Issues and Trends, Springfield, 1981.

26. Voir, entre autres, les réalisations du chapitre 1, et le Bottin des ressources des C.L.S.C. de Montréal, produit par le C.S.S.R.M.M., Montréal, 1986.

27. Narkotika, de Henri Yatrose, Montréal Radio-Québec, 1983.
Sommaire: Regard sur le problème de consommation de drogues chez les jeunes de la communauté grecque.

Info-planète, de Patricio Henriquez, Montréal Radio-Québec, 1983.
Sommaire: Reportage sur la situation des immigrants.

28. Selon le compte rendu de recherche sur le rôle et les difficultés des interprètes dans les hôpitaux urbains faits au Manitoba, ces interprètes subissent des pressions contradictoires qui rendent difficile la poursuite de leur rôle en tant que représentant et employé de l'hôpital avec celui d'avocat des patients et des communautés culturelles. Il suggère donc de valoriser les fonctions d'avocat, de permettre des arrangements institutionnels facilitant leur rôle et de développer ces postes dans les services de santé au Canada.

KAUFERT, Joseph M., O'NEIL, John D., KOOLAGE, William W., "Culture Brokerage and Advocacy in Urban Hospitals: The Impact of Native Language Interpreters", dans Santé, Culture, Health, GIRAME, U. de M., Vol. 3, no. 2, 1985.

29. Medical Information Gathering Simplified, MIGS, système de communication et de diagnostic médical, disponible en 50 langues, réalisé par Multilingual Global Society, Ontario.

30. Rapport Abella, Comité spécial sur la participation des minorités visibles à la société canadienne, L'égalité ça presse, rapport présenté à la Chambre des communes, Ottawa, 8 mars 1984.

Commission royale sur l''Egalité et l'Emploi, Egalité en matière d'emploi, rapport réalisé sous la direction du juge Rosalie Silberman Abella, Ottawa, octobre 1984.

31. MINORITES VISIBLES:

"Ensemble composé de Canadiens et d'immigrants d'origine non européenne. Cette catégorisation est fondée sur un critère de base qui est l'apparence physique: la couleur de la peau, la forme des yeux, du nez et de la bouche.

De plus, y jouent un rôle important les caractéristiques culturelles telles: la religion, les coutumes et les moeurs.

Ainsi, sont considérés comme minorités visibles les groupes suivants:

Autochtones, Africains, Arabes, Chinois, Hindous, Pakistanais, Japonais, Coréens, Asiatiques du Sud-Est, Latino-américains, Caraibéens, Polynésiens, Philippins, Indonésiens, Fidjiens".

selon le rapport présenté à la Commission de l'Emploi et de l'Immigration du Canada, "Les minorités visibles au Québec, réalisé sous la direction de monsieur Claude Leblanc, par Cornel Baptiste, Elisabeth Criolan, Lyne Levesque, Montréal, août 1986.

32. Chambre des communes du Canada, "Loi sur l'équité en matière d'emploi, sanctionnée le 27 juin 1986 dans La Gazette du Canada, Partie 111, vol. 9, no. 4, Ottawa, 19 septembre 1986.

Programme d'accès à l'égalité, Règlement entrant en vigueur le 1er septembre 1986.

Conseil des Communautés culturelles et de l'Immigration du Québec, Mémoire sur le projet de règlement sur les programmes d'accès à l'égalité présenté à la Commission des institutions, Montréal, octobre 1985.

Commission des droits de la personne du Québec, L'accès à l'égalité, une action concertée, Document 1V, Montréal, septembre 1986.

DE PASQUALE, Dominique, Les programmes d'accès à l'égalité et les communautés culturelles au Québec, Montréal, mars 1987, 38 pages.

Emploi et Immigration Canada, Loi sur l'égalité en matière d'emploi et exigences concernant les rapports, Trousse d'informations, Ottawa, 1986.

33. Rappelons que ces données concernent non seulement l'ensemble des emplois dans le réseau, mais également tous ceux des O.N.G. et du secteur privé.

34. Selon le Rapport fédéral Egalité en matière d'emploi, l'obligation contractuelle se définit ainsi:

"Faute d'une loi obligeant tous les employeurs à assurer l'équité en matière d'emploi, le gouvernement fédéral devrait favoriser l'équité en matière d'emploi dans le secteur privé en recourant au respect de l'obligation contractuelle. Autrement dit, le gouvernement s'engagerait à acheter des biens et des services uniquement des entreprises qui consentent à adopter des mesures d'équité en matière d'emploi, à négocier et à respecter d'autres dispositions pour tenir compte des besoins locaux, notamment la nécessité de fournir des cours de formation, des services de transport ou des logements dans les régions nordiques ou isolées".

dans Sommaire général, page 7.

35. Actuellement, nous ne disposons pas d'informations quantitatives précises sur la composition ethnique et les compétences linguistiques du personnel de ces établissements.

36. de André Arsenault et Shinon Dolon, Montréal, 1986.

37. A titre indicatif, selon l'appréciation de madame Phuong Trinh, la communauté vietnamienne compte:

"pour tout le Montréal métropolitain, un psychologue, un psychiatre, une travailleuse sociale, quelques infirmières et quelques agents sociaux".

dans "Intervention en contexte d'autorité auprès des réfugiés d'origine vietnamienne", Revue Intervention, no. 74, mai 1986, page 55.

38. L'étude de Pierre Dandurand sur les "Rapports ethniques et champ universitaire" permet d'établir que:

"les destins sociaux des jeunes étudiants sont marqués de façon déterminante non seulement par leur appartenance ethnique, mais aussi par leur appartenance de sexe et de classe".

dans Recherches sociologiques, vol. XXV11, no. 1, 1986.

39. .Dans L'immigration au Québec, Bulletin statistique annuel, vol. 11, 1984, page 41.

40. Bertrand Lebel, Montréal, 1987.

41. Statistiques Canada, La conjoncture démocratique, 1983.

42. En plus de financer quelques organismes, Centraide vient d'adopter des orientations visant particulièrement les communautés culturelles. c.f. Centraide Montréal et les communautés culturelles du Montréal métropolitain: une proposition d'orientation. Montréal, 30 avril 1987.

43. GOYER, Benoît et THAUVETTE, Louis-Paul. Concordance entre la pratique des organismes intervenant auprès des communautés culturelles et les objectifs, orientations et priorités du programme de soutien aux activités d'assistance bénévole et d'entraide communautaire, Montréal, C.S.S.S.R.M.M., septembre 1986.

44. Différence entre subvention et contrat de service:

Subvention

Elle consisterait à verser un certain montant d'argent à un organisme qui en aurait fait la demande selon les critères établis. Elle couvrirait les dépenses autorisées sur une période donnée. Elle peut prendre la forme d'un soutien apporté à l'organisme afin de lui permettre d'atteindre certains objectifs à moyen et à long terme. Elle pourrait donc être renouvelable et négociable.

Contrat de service

Le contrat de service viserait une activité ponctuelle et se définit donc dans le court terme. Par exemple, organiser une séance d'information pour un groupe X, assurer la coordination et l'animation de cours pré-nataux pour un groupe Y, traduire dans une langue donnée l'information Z. Ces contrats pourraient être négociés entre les institutions du réseau des affaires sociales et les O.N.G.

45. BEAULIEU, Agnès. "Répertoire des recherches en cours dans les universités québécoises sur les communautés ethniques et l'immigration au Canada", dans Sociologie et Sociétés, vol. XV, no. 2, octobre 1983, pages 167-174.

CALDWELL, Gary. Les études ethniques au Québec: Bilan et perspectives, Institut québécois de recherche sur la culture, no. 7, Québec, 1985.

GIRAME, Revue Santé, Culture, Health, Montréal, U. de M. nos. de 1980 à 1986.

JACOB, André. Bibliographie sélective par rapport à l'intervention sociale dans les milieux ethniques, Département de travail social, UQUAM, Montréal, 1985.

M.C.C.I., Bibliographie sélective sur les communautés culturelles, Direction des communications, Québec, 1985.

M.C.C.I., L'accessibilité des communautés culturelles aux services sociaux et de santé: Bibliographie, Direction des communautés culturelles, Centre de documentation, octobre 1985.

46. Sur les études de perception:

BEAULIEU, Marie, Les criminologues québécois et l'intervention auprès des groupes ethniques, Mémoire de Maîtrise Ès Sciences, Criminologie, Montréal, U. de M., 1986.

EUSTACHE, Rosemay et OUELLET, Francine, Recherche participative dans les familles haitiennes du Québec: Perceptions de parents et grand-parents, Premier rapport, Montréal, D.S.C. Sacré-Coeur, juin 1986.

FRENETTE, Yolande, Perception et vécu du racisme par des immigrants et des immigrants haïtiens au Québec, Rapport de recherche 15, Montréal, Centre de recherches Caraïbes, U. de M., 1985.

HEAD, Dr. Wilson, An Explanatory Study of the Attitudes and Perceptions of Minority and Majority Health Care Workers, The Race Division of the Ontario Human Rights Commission, Downsview, York University, 1986.

LANIEL, Claude, Les infirmières en santé communautaire: représentations sociales d'une population multi-ethnique, Mémoire de maîtrise, Département d'anthropologie, U. de M., avril 1986.

CHARLES, Pierre-Jacques, Les écoliers d'origine haitienne: perception des enseignants, Rapport de recherche 19, Montréal, Centre de recherches Caraïbes, U. de M., 1986.

BIBLIOGRAPHIE

ABOU, S. L'identité culturelle: relations ethniques et problèmes d'acculturation, Paris, Ed. Anthropos, 1981.

ALLAIRE, Marc, SOAVE, Luciana, TREMBLAY, Maryse. Synthèse finale, Résultat de la Consultation publique, Comité polyvalent, C.L.S.C. La Petite Patrie, Montréal, automne 1984, 58 pages.

ALLIANCE QUEBEC, A Community Profile of Notre-Dame-de-Grâce and Montreal West, Montréal, avril 1986.

ARSENAULT, André et DOLAN, Shimon. Les Stress au travail et ses effets sur l'individu et l'organisation, Montréal, IRSST, 1986.

ASSEMBLEE NATIONALE. Loi sur le Conseil des Communautés culturelles et de l'Immigration, adoptée le 20 décembre 1984, Editeur officiel du Québec, 1984.

ASSOCIATION DES CENTRES DE SERVICES SOCIAUX DU QUEBEC (A.C.S.S.Q.). Les services sociaux au Québec: problématiques et enjeux. Mémoire présenté à la Commission d'enquête sur la santé et les services sociaux, Montréal, janvier 1986.

ASSOCIATION DES CENTRES DE SERVICES SOCIAUX DU QUEBEC (A.C.S.S.Q.). Les services sociaux au Québec: problèmes spécifiques et piste de solution (document de travail), Montréal, juin 1986.

ASSOCIATION DES CENTRES DE SERVICES SOCIAUX DU QUEBEC (A.C.S.S.Q.). De l'institution à l'autonomie, Mémoire présenté à la sous-commission des Affaires sociales, Montréal, mai 1985.

ASSOCIATION MULTI-ETHNIQUE POUR L'INTEGRATION DES PERSONNES HANDICAPEES DU QUEBEC. Mémoire présenté à la Commission d'enquête sur la santé et les services sociaux connexes, préparé par Luciana Soave, Montréal, janvier 1986.

ASSOCIATION MULTI-ETHNIQUE POUR L'INTEGRATION DES PERSONNES HANDICAPEES DU QUEBEC. La problématique d'adaptation et d'intégration sociale des personnes handicapées appartenant aux différentes communautés culturelles, Montréal, septembre 1986.

ASSOCIATION POUR LA SANTE PUBLIQUE DU QUEBEC. Colloque: services de santé et services sociaux: les usagers parlent solutions, Montréal, 7 et 8 novembre 1986.

BASKIN, David. "Comparative Study: A Cross-National Survey of Mental Illness and Treatment", dans Behavior Science Research, vol. 17, pages 3 et 4, 1982.

BEAULIEU, Agnès. "Répertoire des recherches en cours dans les universités québécoises et l'immigration au Canada", dans Sociologie et Sociétés, vol. XV, no. 2, octobre 1983, pages 167-174.

BEAULIEU, Marie. Criminologue québécois et l'intervention auprès des groupes ethniques, Mémoire de Maîtrise Ès Sciences, Criminologie, Université de Montréal, août 1986.

BELAND, François et DESEVE, Michel. "L'inégalité et la discrimination sexuelle et l'intégration au Québec", dans Revue canadienne de sociologie et d'anthropologie, no. 23, août 1986.

BERNECHE, Francine. L'implantation géographique des ménages d'origine haitienne dans la région montréalaise: Etude des regroupements spaciaux de population. (2e partie), Rapport de recherche 18, Montréal, Centre de recherche Caraibes, U. de M., 1986.

BERNIERAKIS, C. Dongier. "Le stress de l'immigration", dans L'Union médicale du Canada, tome 108, 1979, pages 785 à 790.

BLANC, Bernadette. "Problématique de la localisation des nouveaux immigrants à Montréal", 1986.

BRODEUR, Lise. Pratiques sociales et communautés culturelles, Mémoire de Maîtrise, Ecole de Service social, U. de M., juin 1981.

BUZZANGA, M. L'intégration socio-culturelle et ses problèmes, Montréal, Editions Pauline, 1983.

Cahiers de recherches sociologiques. "Problèmes d'immigration", vol. 2, no. 2, septembre 1984.

CALDWELL, Gary. Les études ethniques au Québec, Bilan et perspectives, Québec, Institut québécois de la recherche sur la culture, no. 7, 1985, 108 pages.

CENTRAIDE. Centraide Montréal et les communautés culturelles du Montréal métropolitain: une proposition d'orientation, 30 avril 1987.

CENTRAIDE. Mémoire soumis à la Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux, Montréal, mars 1986.

COMITE DE LA SANTE MENTALE DU QUEBEC. La santé mentale, de la biologie à la culture, Avis sur la notion de santé mentale, 1985, 170 pages.

COMMISSION DE LA CULTURE. Etude de l'impact culturel, social et économique des tendances démographiques actuelles sur l'avenir du Québec comme société distincte, septembre 1985.

COMMISSION DES DROITS DE LA PERSONNE DU QUEBEC. La discrimination, Les cahiers, Montréal, 1980.

CONSEIL DES COMMUNAUTES CULTURELLES ET DE L'IMMIGRATION (C.C.C.I.), GONTHIER, Denis. Aspects démographiques de l'immigration au Québec et au Canada, Document de travail, 19 février 1987.

C.C.C.I.Q. Profil statistique des revendicateurs du statut de réfugié, réalisé par Bertrand Lebel, Montréal, 1987.

C.C.C.I.Q. Mémoire sur le projet de règlement sur les programmes d'accès à l'égalité, Montréal, octobre 1985.

CONSEIL SCOLAIRE DE L'ILE DE MONTREAL. Présence des communautés culturelles sur le territoire couvert par le C.S.I.Q., Montréal, 1986.

CONSTANTINIDES, Stéphane. Les Grecs du Québec, Montréal, Ed. O. Metoikos-Le Métèque, 1983, 248 pages.

CORNATON, M. "Aspects psychologiques de l'immigration", dans Economie et Humanisme, vol. 189, septembre-octobre 1969.

COTE, R. Santé mentale et réfugiés, Comité d'étude sur la santé mentale de la table de concertation des organismes au service des réfugiés, 1984.

C.I.S.M. Les lois sociales et les immigrants, Montréal, 1982.

C.S.S.M.M. Dossier population, Document no. 4, Immigration et Migrations internes, région 6A, 1971-1976, 95 pages.

C.S.S.S.R.M.M. Accessibilité linguistique et culturelle aux C.L.S.C., Bottin des ressources, Montréal, octobre 1986.

DANA, R.H. Human Services for Cultural Minorities, University Park, 1981, 382 pages.

DANDURAND, Pierre. "Rapports ethniques et champ universitaire", dans Recherches sociographiques, vol. XXV11, no. 1, 1986.

DEJEAN, Paul. Les Haitiens au Québec, P.U.Q., 1978.

DE PASQUALE, Dominique. Les programmes d'accès à l'égalité et les communautés culturelles au Québec, Montréal, 1987.

DESCHAMPS, Gilles et BOUCHER, Marie-Rita. Représentation cartographiée de la population allophone de la zone métropolitaine de Montréal selon la langue maternelle en 1981, novembre 1983.

DESROSIERS, Denis, GREGORY, Joel W., PICHE, Victor. La migration au Québec: synthèse et bilan bibliographique, Etudes et documents no. 2, Montréal, Ministère de l'Immigration, 1981.

DILLARS, J.M. Multicultural Counseling Toward Ethnic and Cultural Relevance in Human Encounters, Chicago, Nelson-Hall, Publ., 1983, 333 pages.

DOUYON, Emerson. "Intervenir sur la différence: un défi", dans R.I.C.A., no. 14/54, 1986.

DUCHESNE, Marlène. La représentation sociale de la santé et de la maladie chez l'Haïtien de l'Est de Montréal, thèse de maîtrise en médecine sociale et préventive, Université de Montréal, 1983.

EMPLOI ET IMMIGRATION CANADA. Loi sur l'équité en matière d'emploi et exigences concernant les rapports, Ottawa, 13 août 1986.

EUSTACHE, Rosemay et OUELLET, Francine. Recherche participative sur les relations parents-enfants dans les familles haitiennes du Québec: perceptions de parents et de grand-parents, Montréal, D.S.C. Sacré-Coeur.

FEDE EXPRESS. "Les communautés culturelles accueillies...à bras ouverts?", septembre 1986.

FEDERATION DES CENTRES D'ACTION BENEVOLE DU QUEBEC. Mémoire sur les services de santé et les services sociaux, présenté à la Commission Rochon, Montréal, février 1986.

FIORINO, G. Les immigrants bénéficiaires du service migrants-immigrants (S.M.I.), C.S.S.M.M., 1978.

FLASKERUD, J.H. "A Comparison of Perceptions of Problematic Behavior by Six Minority Groups and Mental Health Professionals", dans Nursing Research, vol. 33, 4, 190, 1984.

FORCES. "Hommages aux communautés culturelles du Québec", no. 73, hiver 1986.

FRENETTE, Yolande. Perceptions et vécu du racisme par des immigrants et des immigrants haïtiens au Québec, rapport de recherche 15, Montréal, Centre de recherche Caraïbes, U. de M., juillet 1985, 39 pages.

GAGNON, S. Laniel. Les intervenants et la santé mentale des réfugiés, Comité d'étude sur la santé mentale des réfugiés de la table de concertation des organismes au service des réfugiés, 1985.

G.I.S.T.I. Santé et protection sociale des étrangers, Paris, avril 1982.

GIRAME. Revue Santé, Culture, Health, Montréal, U. de M., 1980 à 1986.

GOUVERNEMENT DU QUEBEC. L'évolution de la population du Québec et ses conséquences, Secrétariat au développement social, Ministère du Conseil exécutif, février 1984.

GRIFFITH, E.E.H. "Multicultural Counseling Toward Ethnic and Cultural Relevance in Human Encounters", dans Hospital and Community Psychiatry, vol. 35, 7, 1984.

GUILLON, Claude. "Le service social d'aide aux émigrants et les réfugiés", dans Revue Hommes et Migrations, no. 1096, 15 octobre 1986.

HART, Aileen F. "Clinical Social Work and Social Administration: Bridging the Culture Gap", dans Administrative Social Work, vol. 8, 3, 1984

HEAD, Dr. Wilson. An Explanatory Study of the Attitudes and Perceptions of Minority and Majority Health Care Workers, Commissioned by the Race Relations Division of the Ontario Human Rights Commission, Downsview, York University, 1986.

HESS, Salenda et SMITH, Charles. Repression and Exile: A Study of Salvadoran, Guatemalan and Haitian Refugees in Montréal, Montréal, Université McGill, 1984.

HOLMES, L.D. Other Cultures, Elder Years: An Introduction to Cultural Gerontology, Burgess, 240 pages.

IASENZA, Isa. "Les filles de la communauté italienne de Montréal", dans Le temps d'y voir. Conférence internationale sur la situation des filles, Montréal, 29, 30 et 31 octobre 1985.

Intervention. "Travail social et milieux allophones", no. 74, mai 1986.

JACOB, André. Bibliographie sélective par rapport à l'intervention sociale dans les milieux ethniques, Département de travail social, UQUAM, Montréal, 1985, 35 pages.

JACOB, André. Le Québec, l'immigration et les services sociaux, Département de travail social, UQUAM, 24 mars 1984.

JUMELLE, Yolaine et MALIK, W. "Le C.S.S.M.M. et les groupes ethniques", dans L'écoutille, vol. 4, no. 1, mars 1979, pages 2 et 3.

KAMINSKY, M. et BLONDEL, B. "Déroulement et issue de la grossesse chez les femmes immigrées", dans Prévenir, vol. 7, 1983, pages 33 à 43.

LACELLE, Micheline, LEMAY, Danielle et PAINCHAUD, Claude. Notes sur l'histoire et les conditions de vie des travailleurs immigrés au Québec, 1981, 63 pages.

LANGLAIS, Jacques et ROME, David. Juifs et Québécois français, 200 ans d'histoire commune, Montréal, Fides, 1986.

LANIEL, Claude. Les infirmières en santé communautaire: représentations sociales d'une population multi-ethnique, Mémoire de maîtrise, Département d'anthropologie, U. de M., avril 1986.

LATIF, Georges. "Mesures d'aide offertes aux communautés culturelles du Québec", dans Vie pédagogique, Ministère de l'Education, no. 21, novembre 1982.

LEBEL, Bertrand. "Les relations entre les membres des communautés culturelles et les services sociaux et de santé, dans Etudes ethniques au Canada, vol. XV111, no. 2, 1986, pages 79 à 90.

LEININGER, M. "Transcultural Nursing, An Overview", dans Nursing Outlook, vol. 32, 2, 1984.

LEVINSON, R.M. et al. "Cross-Cultural Variations in the Definition of Child Abuse Nurses in the United States and the United Kingdom", dans International Journal of Nursing Studies, vol. 21, 1, 1984.

L'IMMIGRATION AU QUEBEC. Bulletin statistique annuel, vol. 11, 1984.

MAYER-RENAUD, Micheline et BERTHIAUME, Monique. Groupes familiaux, groupes ethniques et structure d'âge en 1981 dans la région 06, Montréal, C.S.S.M.M., 1986.

McGOLDRICH, M. et al. Ethnicity and Family Therapy, Guilford Family Therapy Series, N.Y., Guilford Press, 1982, 600 pages.

MELZACK, R. et WALL, P.D., Le défi de la douleur, Chenalière et Stanké, 1982.

MILLER, S.O. et al. Primary Prevention Approach to the Development of Mental Health Services for Ethnic Minorities: A Challenge to Social Work Education and Practice, N.Y., Council on Social Work Education, 1982, 130 pages.

M.C.C.I. et M.A.S. La santé, les services sociaux et la sécurité sociale au Québec, octobre 1984 (traduit en plusieurs langues).

M.C.C.I. Entre femmes, 1985, (traduit en plusieurs langues).

M.C.C.I. Informations pratiques à l'intention des immigrants, deuxième édition, 1986.

M.C.C.I. Les non-citoyens et les services publics, (Guide à l'intention des réseaux publics et parapublics), deuxième édition, 1987.

M.C.C.I. Quelques caractéristiques ethno-culturelles de la population du Québec, Cahier no. 2, produit par Mireille Baillargeon et Gisèle Ste-Marie, Montréal, février 1984.

M.C.C.I. Répertoire des organismes des communautés culturelles, Montréal, 1984.

MOUSSAOUI, Driss et FERREY, Gilbert. Psychopathologie des migrants, Paris, P.U.F., 1985, 95 pages.

MUNICIPALITE. "Portrait municipalité des minorités culturelles", Ministère des Affaires municipales, décembre 1986-janvier 1987.

NOEL, Pierre. Etude sur le racisme dans les écoles de la C.E.C.M., Montréal, 1985.

OTTMAN-CLISH, Liliane. Accessibility of Health and Social Services to Cultural Communities in the Montreal Metropolitan Area, Masters of Arts, Public Administration and Public Policy, Concordia University, May 1985.

PASSERIEUX, Catherine. Guide bibliographique sur l'immigration et les relations ethniques, UQAM, 1985, 11 pages.

PELUSO, Maria. Conflicting Family Values: Problems of Cultural Marginality, Montréal, 1986.

PERRON, Jules. Administration sociale et services sociaux, Chicoutimi, Ed. Gaétan Morin, 1986, 285 pages.

M.C.C.I. et M.A.S. La santé, les services sociaux et la sécurité sociale au Québec, octobre 1984 (traduit en plusieurs langues).

M.C.C.I. Entre femmes, 1985, (traduit en plusieurs langues).

M.C.C.I. Informations pratiques à l'intention des immigrants, deuxième édition, 1986.

M.C.C.I. Les non-citoyens et les services publics, (Guide à l'intention des réseaux publics et parapublics), deuxième édition, 1987.

M.C.C.I. Quelques caractéristiques ethno-culturelles de la population du Québec, Cahier no. 2, produit par Mireille Baillargeon et Gisèle Ste-Marie, Montréal, février 1984.

M.C.C.I. Répertoire des organismes des communautés culturelles, Montréal, 1984.

MOUSSAOUI, Driss et FERREY, Gilbert. Psychopathologie des migrants, Paris, P.U.F., 1985, 95 pages.

MUNICIPALITE. "Portrait municipalité des minorités culturelles", Ministère des Affaires municipales, décembre 1986-janvier 1987.

NOEL, Pierre. Etude sur le racisme dans les écoles de la C.E.C.M., Montréal, 1985.

OTTMAN-CLISH, Liliane. Accessibility of Health and Social Services to Cultural Communities in the Montreal Metropolitan Area, Masters of Arts, Public Administration and Public Policy, Concordia University, May 1985.

PASSERIEUX, Catherine. Guide bibliographique sur l'immigration et les relations ethniques, UQUAM, 1985, 11 pages.

PELUSO, Maria. Conflicting Family Values: Problems of Cultural Marginality, Montréal, 1986.

PERRON, Jules. Administration sociale et services sociaux, Chicoutimi, Ed. Gaétan Morin, 1986, 285 pages.

PIERRE-JACQUES, Charles. Les écoliers d'origine haitienne; perception des enseignants, Rapport de recherche 19, Montréal, Centre de recherche Caraïbes, U. de M., 1986.

RATHWELL, Tom. "General Practice, Ethnicity and Health Services Delivery", dans Social Science and Medicine, vol. 19, 2, 1984.

REGROUPEMENT DES ORGANISMES BENEVOLES DU MONTREAL METROPOLITAIN. Mémoire présenté à la Commission Rochon sur les services de santé et les services sociaux au Québec, Montréal, mai 1986.

REVUE INTERNATIONALE D'ACTION COMMUNAUTAIRE (R.I.A.C.), "Migrants: trajets et trajectoires", no. 14/54, automne 1985.

RUZ, M.H. "Notes sur la relation médecin-patient dans la situation interculturelle", dans Bulletin d'ethnomédecine, no. 11, Paris, 1982, pages 9-22.

SAYAD, A. "Qu'est-ce qu'un immigré?", dans Peuples méditerranéens, no. 7, 3-23, 1979.

SAYEGH, Liliane et EL HAILI, Saida. "La situation des jeunes filles immigrantes", dans Le temps d'y voir, Conférence internationale sur la situation des filles, Montréal, Ed. Guérin, 1986, pages 291-300.

SERVICES COMMUNAUTAIRES JUIFS DE MONTREAL (A.J.C.S.). Identification des problématiques et des solutions touchant au réseau général des services de santé et des services sociaux et au réseau de la communauté juive, Mémoire présenté à la Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux par le Comité de coordination des établissements juifs, Montréal, 30 juin 1986.

SERVICE D'AIDE AUX NEO-CANADIENS (SHERBROOKE) INC. L'immigrant et son milieu, Document préliminaire, Colloque du 27 février 1982.

SERVICE D'EMPLOI AUX MINORITES VISIBLES. Le problème du chômage, Une responsabilité collective, agissons ensemble, maintenant... Dossier de référence, conférence du 25 novembre 1986, Carrefour multi-ethnique de St-Laurent, 25 novembre 1986.

SOCIOLOGIE ET SOCIETE, "Enjeux ethniques, Production de nouveaux rapports sociaux", Montréal, P.U.M., vol. XV, no. 2, octobre 1983.

SORECOM. En plus, on est moins, août 1983.

TABOADA LEONETTI, I. "Le projet de migration, la nature du projet de migration et ses liens avec l'adaptation", L'année sociologique, vol. 26, pages 107-123, 1975.

THAUVETTE, L.P. et GOYER, Benoît. Concordance entre la pratique des organismes intervenant auprès des communautés culturelles et les objectifs, orientations et priorités du programme de soutien aux activités d'assistance bénévole et d'entraide communautaire, Montréal, C.S.S.S.R.M.M., septembre 1986.

THAUVETTE, L.P., Demande d'amélioration et de développement 1986-87, Programme 02: soutien aux organismes bénévoles, Montréal, C.S.S.S.R.M.M., juin 1985.

THAUVETTE, L.P. Demande de développement budgétaire 1987-88: Programme 02 - Pratique assistance bénévole, inter-échanges et entraide communautaire région 06A, Montréal, C.S.S.S.R.M.M., septembre 1986.

TIMBERLAKE, Elizabeth M. et OANH COOK, Kim. "Social Work and the Vietnamese Refugee", dans Revue Social Work, vol. 29, no. 3, 1984.

TRINH, Phuong, BEAUGER, M. SERWATOSKI, W. "La famille immigrante: son vécu, ses besoins", dans Intervention, no. 67, novembre 1983.

UNESCO. Living in Two Cultures: The Socio-Cultural Situation of Migrant Workers and Their Families, Paris, Gover Publ. Co. Ltd., 1982, 325 pages.

VALENTINE, Hélène. Les rencontres prénatales: études de représentations sociales de la grossesse, de l'accouchement et de la naissance, Thèse de maîtrise en anthropologie, Université de Montréal, 1983.

WARNER, Louise. Profil de la communauté noire anglophone du Québec, CIPACC, Montréal, novembre 1983.

WELLER, Susan C. "Cross-Cultural Concepts of Illness: Variation and Validation", dans American Anthropologist, vol. 86, 1984.

WRIGHT, Roosevelt, SALEEBEY, Dennis, WATTS, Thomas D. et LECCA, Pedro J. Transcultural Perspectives in the Human Services: Organisational Issues and Trends, Springfield, 1981, 191 pages.

LEXIQUE

C.C.C.I.	Conseil des Communautés culturelles et de l'Immigration du Québec.
C.I.P.A.C.C.	Comité d'implantation du plan d'action à l'intention des communautés culturelles.
C.H.	Centre hospitalier.
C.L.S.C.	Centre local de services communautaires
C.R.S.S.S.	Conseil régional de la santé et des services sociaux.
C.S.S.M.M.	Centre de services sociaux du Montréal métropolitain.
C.S.S.S.R.M.M.	Conseil de santé et de services sociaux régional du Montréal métropolitain.
C.T.A.S.S.C.C.	Comité de travail sur l'accessibilité des services sociaux aux communautés culturelles. (Deviendra sous peu l'Alliance des communautés culturelles pour l'égalité dans la santé et les services sociaux - A.C.C.E.S.S.S.).
M.C.C.I.	Ministère des Communautés culturelles et de l'Immigration
M.S.S.S.	Ministère de la Santé et des Services sociaux
O.N.G.	Organisme non-gouvernemental

ANNEXE 1

Liste des rapports étudiés sur l'accessibilité des services de santé et de services sociaux aux communautés culturelles

Documents du CIPACC (Comité pour l'implantation du Plan d'accès à l'égalité à l'intention des communautés culturelles).

Rapport annuel 1981-1982, Montréal, mars 1983.

Rapport d'activités du 1er novembre 1982 au 29 février 1984, Montréal, avril 1984.

Documents du Comité de travail sur l'accessibilité des services sociaux aux communautés culturelles.

Politique d'accessibilité des services socio-sanitaires publics et para-publics aux communautés culturelles du Montréal métropolitain, Montréal, 1984.

Rapport du Comité aviseur au groupe de travail au sujet de la politique d'accessibilité aux services socio-sanitaires des C.L.S.C., préparé par Rita Bhatia, Pasqual Delgado et Fatima Ramos de Oliveira, Montréal, février 1985.

Document de référence, préparé par Osé Domond et Nancy Williams, Montréal, mai 1985.

Ebauche d'un document de travail pour l'application intégrale de la politique d'accessibilité, Montréal, juillet 1985.

Mémoire présenté à la Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux, préparé par Yanne Fiorani, Isabelle Hamlin et Luciana Soave, Montréal, 22 mai 1986.

Documents du Conseil de santé et de services sociaux régional du Montréal métropolitain (C.S.S.S.R.M.M.).

Politique d'accessibilité des services socio-sanitaires aux communautés culturelles, Montréal, mars 1982.

L'accessibilité des centres hospitaliers à vocation psychiatrique aux communautés culturelles, Liane Clish, décembre 1984.

Accessibilité des services des centres hospitaliers de soins prolongés (C.H.S.P.) et des centres d'accueil d'hébergement (C.A.H.) aux communautés culturelles, mars 1985.

Accessibilité des services des centres d'accueil de réadaptation (C.A.R.) aux communautés culturelles. Eléments d'un plan d'action, Document de travail, Montréal, mai 1985.

Accessibilité des services des C.L.S.C. aux communautés culturelles, plan d'action présenté à la Commission administrative des services communautaires, Document de travail, Montréal, juin 1985.

Accessibilité des services des centres hospitaliers de courte durée (C.H.C.D.) aux communautés culturelles, Eléments d'un plan d'action, Document de travail, Montréal, juin 1985.

Accessibilité des services des centres de services sociaux (C.S.S.) aux communautés culturelles, préparé par Isa Iasenza. Eléments d'un plan d'action, Document de travail, Montréal, août 1985.

Groupe de travail sur l'accessibilité des services aux communautés culturelles. Rapport d'étape et de recommandations, Document préparé par André Cimon, Montréal, septembre 1985.

L'accessibilité des C.A.H. et des C.H.S.L.D. aux communautés culturelles, Recommandations, adopté par le C.A. le 29 mai 1986, Montréal, avril 1986.

Accessibilité linguistique et culturelle aux C.L.S.C., Rapports d'activités, préparé par Lucie Bernier, Montréal, avril-juin 1986.

Rapport de colloques

Gouvernement du Québec, L'Etat et les communautés culturelles: pour une action concertée, Rapport et recommandations du colloque de Montréal, 3 et 4 novembre 1979.

C.L.S.C. St-Louis-du-Parc, Côte-des-Neiges et Parc Extension, Proposition pour une politique d'accessibilité des services socio-sanitaires aux populations des minorités ethniques, Rapport du colloque, 1979.

Le journal du colloque, "Les communautés culturelles: perspectives et priorités", 29 septembre 1984.

ANNEXE 11

Les principes généraux guidant l'action du Ministère sont explicités par la Loi sur les services de santé et les services sociaux. Ils se lisent comme suit:

Article 4: "Toute personne a droit de recevoir des services de santé et des services sociaux adéquats sur les plans à la fois scientifique, humain et social, avec continuité et de façon personnalisée, compte tenu de l'organisation et des ressources des établissements qui dispensent ces services".

Article 5: "Les services de santé et les services sociaux doivent être accordés sans distinction ou préférence fondée sur la race, la couleur, le sexe, la religion, la langue, l'ascendance nationale, l'origine sociale, les moeurs ou les convictions politiques de la personne qui les demande ou des membres de sa famille".

Article 6: "Sous réserve de l'article 5 et de toute autre disposition législative applicable, rien dans la présente loi ne limite la liberté qu'a une personne qui réside au Québec de choisir le professionnel ou l'établissement duquel elle désire recevoir des services de santé ou des services sociaux, ni la liberté qu'a un professionnel d'accepter ou non de traiter cette personne".

Article 3: "Le ministre exerce les pouvoirs que la présente loi lui confère de façon:

a) à améliorer l'état de santé de la population, l'état du milieu social dans lequel elle vit et les conditions sociales des individus, des familles et des groupes;

b) à rendre accessible à toute personne, d'une façon continue et pendant toute sa vie, la gamme complète des services de santé et des services sociaux, y compris la prévention et la réadaptation, de façon à répondre aux besoins des individus, des familles et des groupes aux plans physique, psychique et social;

c) à encourager la population et les groupes qui s'y forment à participer à l'instauration, à l'administration et au développement des établissements de façon à assurer leur dynamisme et leur renouvellement;

d) à mieux adapter les services de santé et des services sociaux aux besoins de la population en tenant compte des particularités régionales et à répartir entre ces services les ressources humaines et financières de la façon la plus juste et rationnelle possible;

e) à favoriser le recours aux méthodes modernes d'organisation et de gestion pour rendre plus efficaces les services offerts à la population;

f) à promouvoir la recherche et l'enseignement."

Il importe de souligner que le droit aux services est également reconnu par la Loi de la protection de la jeunesse tant pour les enfants ayant besoin de protection que pour les jeunes contrevenants.

Certains articles de la Charte des droits et libertés de la personne du Québec servent également de référence. Ce sont:

Article 10: "Toute personne a droit à la reconnaissance et à l'exercice, en pleine égalité, des droits et libertés de la personne, sans distinction, exclusion ou préférence fondée sur la race, la couleur, le sexe, l'orientation sexuelle, la langue, l'origine ethnique ou nationale, la condition sociale ou le fait qu'elle est une personne handicapée ou qu'elle utilise quelque moyen pour pallier son handicap.

Il y a discrimination lorsqu'une telle distinction, exclusion ou préférence a pour effet de détruire ou de compromettre ce droit."

Article 11: "Nul ne peut diffuser, publier ou exposer en public un avis, un symbole ou un signe comportant discrimination ni donner une autorisation à cet effet."

Article 16: "Nul ne peut exercer de discrimination dans l'embauche, l'apprentissage, la durée de la période de probation, la formation professionnelle, la promotion, la mutation, le déplacement, la mise à pied, la suspension, le renvoi ou les conditions de travail d'une personne ainsi que dans l'établissement de catégories ou de classifications d'emploi."

Article 43: "Les personnes appartenant à des minorités ethniques ont le droit de maintenir et de faire progresser leur propre vie culturelle avec les autres membres de leur groupe."

Article 44: "Toute personne a droit à l'information, dans la mesure prévue par la loi."

Article 45: "Toute personne dans le besoin a droit, pour elle et sa famille, à des mesures d'assistance financière et à des mesures sociales, prévues par la loi, susceptibles de lui assurer un niveau de vie décent."

Ces législations québécoises doivent également être interprétées à la lumière des lois canadiennes d'accès à l'équité en matière d'emploi, de la Charte canadienne des droits de la personne, de la Constitution et des articles 21, 22 et 25 de la Déclaration universelle des droits de l'homme.

Article 21: "(2) Toute personne a droit à accéder, dans des conditions d'égalité, aux fonctions publiques de son pays."

Article 22: "Toute personne, en tant que membre de la société, a droit à la sécurité sociale; elle est fondée à obtenir la satisfaction des droits économiques sociaux et culturels indispensables à sa dignité et au libre développement de sa personnalité, grâce à l'effort national et à la coopération internationale, compte tenu de l'organisation et des ressources de chaque pays."

Article 2.5: "(1) Toute personne a droit à un niveau de vie suffisant pour assurer sa santé, son bien-être et ceux de sa famille, notamment pour l'alimentation, l'habillement, le logement, les soins médicaux ainsi que pour les services sociaux nécessaires; elle a droit à la sécurité en cas de chômage, de maladie, d'invalidité, de veuvage, de vieillesse ou dans les autres cas de perte de ses moyens de subsistance par suite de circonstances indépendantes de sa volonté.

(2) La maternité et l'enfance ont droit à une aide et à une assistance spéciales. Tous les enfants, qu'ils soient nés dans le mariage ou hors mariage, jouissent de la même protection sociale."

ANNEXE 111

Statistiques concernant les communautés culturelles au Québec.

Tableau 18 : Population du Québec selon l'origine ethnique par sexe, 1981 (1).

Origine	Femmes	Hommes	Total Nombre	Total %
ORIGINE UNIQUE	3 161 675	3 079 440	6 241 115	97,99
Française	2 554 135	2 511 530	5 105 665	80,18
Britannique	253 080	234 295	487 385	7,65
Anglaise	156 930	138 555	295 485	4,64
Irlandaise	48 455	49 400	97 860	1,54
Ecossaise	30 730	31 770	62 500	0,98
Britannique n.d.a.	16 965	14 570	31 535	0,49
Autochtone	23 255	23 600	46 855	0,74
Autres origines uniques	291 205	310 015	601 210	9,44
Italienne	77 710	86 025	163 735	2,57
Juive	45 275	45 085	90 355	1,42
Grecque	23 675	25 740	49 420	0,78
Allemande	16 685	17 080	33 765	0,53
Portugaise	13 400	13 970	27 370	0,43
Arabe	9 940	13 005	22 940	0,36
. Libanaise	3 070	4 010	7 080	0,11
. Arabe asiatique n.d.a.	4 130	5 645	9 770	0,15
. Egyptienne	2 335	2 650	4 990	0,08
. Arabe nord-africain n.d.a.	405	700	1 105	0,02
Antillaise	11 100	9 710	20 805	0,33
. Caraïbe noire	3 235	2 655	5 890	0,09
. Haïtienne	7 865	7 055	14 915	0,23
Polonaise	9 660	10 090	19 755	0,31
Chinoise	9 475	9 785	19 255	0,30
Espagnole	7 520	7 935	15 460	0,24
Indochinoise	6 815	8 165	14 990	0,24
. Vietnamienne	4 455	5 380	9 840	0,15
. Cambodgienne	1 410	1 510	2 920	0,05
. Laotienne	950	1 275	2 230	0,04
Ukrainienne	7 125	7 510	14 640	0,23
Indo-pakistanaise	6 460	7 680	14 140	0,22
Arménienne	5 125	5 255	10 385	0,16
Hongroise	4 475	5 275	9 745	0,15
Hollandaise	3 940	4 115	8 055	0,13
Belge et Luxembourgeoise	3 060	3 520	6 585	0,10
Yougoslave	2 885	3 575	6 460	0,10
Africaine	2 860	3 350	6 225	0,10
Latino-américaine	2 975	2 535	5 510	0,09
Tchèque et Slovaque	2 445	2 405	4 845	0,08
Balte	2 460	2 190	4 665	0,07
Philippine	2 725	1 730	4 460	0,07
Suisse	1 990	2 335	4 325	0,07
Scandinave	2 045	2 170	4 225	0,07
Russe	1 530	1 410	2 945	0,05
Roumaine	1 345	1 445	2 790	0,04
Autrichienne	1 165	1 110	2 275	0,04
Japonaise	690	705	1 395	0,02
Finlandaise	630	510	1 140	0,02
Autres origines	4 020	4 605	8 555	0,13
ORIGINES MULTIPLES	65 385	62 570	127 960	2,01
Total	3 227 060	3 142 010	6 369 065	100,00

(1) Ne comprend pas les pensionnaires d'institution.

Source : Recensement du Canada 1981, compilation spéciale.

Tableau 22 : Population du Québec selon l'origine ethnique et le lieu de naissance, 1981 (1)

Origine	Lieu de naissance			TOTAL =100%
	Québec	Ailleurs au Canada	Pays étrangers	
ORIGINE UNIQUE	88,2	3,6	8,2	6 241 115
Française	95,9	2,5	1,7	5 105 665
Britannique	69,6	15,9	14,5	487 385
Anglaise	66,5	15,5	18,0	295 485
Irlandaise	81,0	13,4	5,6	97 850
Ecossaise	67,3	18,0	14,7	62 500
Britannique n.d.a.	68,6	23,0	8,4	31 535
Autochtone	89,5	5,8	4,7	46 855
Autres origines uniques	38,5	2,8	58,7	601 210
Italienne	44,8	0,9	54,3	163 735
Juive	58,5	3,5	38,0	90 355
Grecque	38,6	0,7	60,8	49 420
Allemande	44,4	8,2	47,4	33 770
Portugaise	23,1	0,7	76,2	27 370
Arabe	26,8	1,8	71,6	22 940
. Libanaise	36,4	3,7	59,9	7 080
. Arabe asiatique n.d.a.	26,6	1,3	72,1	9 770
. Egyptienne	15,5	0,5	84,0	4 990
. Arabe nord-africain	14,4	0,4	85,2	1 105
Antillaise n.d.a.	21,3	0,6	78,1	20 905
. Caraïbe noire	24,3	1,4	74,3	5 890
. Haïtienne	20,1	0,3	79,6	14 915
Polonaise	39,0	4,6	56,4	19 755
Chinoise	24,1	1,9	74,0	19 255
Espagnole	22,0	0,8	77,2	15 460
Indochinoise	6,3	0,2	93,5	14 990
. Vietnamienne	6,4	0,3	93,3	9 840
. Cambodgienne	5,3	-	94,7	2 920
. Laotienne	7,4	-	92,6	2 230
Ukrainienne	51,2	11,0	37,9	14 640
Indo-pakistanaise	19,3	1,9	78,8	14 140
Arménienne	18,3	0,5	81,2	10 385
Hongroise	23,1	3,0	73,9	9 745
Hollandaise	37,9	11,0	51,1	8 055
Belge et Luxembourgeoise	41,2	4,4	54,4	6 585
Yougoslave	25,4	2,6	72,0	6 460
Africaine	21,1	3,6	75,3	6 225
Latino-américaine	10,7	0,3	89,0	5 510
Tchèque et Slovaque	30,3	3,4	66,3	4 845
Balte	35,0	1,7	63,3	4 665
Philippine	18,0	0,8	81,1	4 460
Autres origines	37,7	8,9	53,4	27 620
ORIGINES MULTIPLES	75,9	12,7	11,4	127 960
Total	88,0	3,7	8,3	6 369 065

Ne comprend pas les pensionnaires d'institution.
Source: Recensement du Canada 1981, compilation spéciale.

Tableau 15: Importance et concentration de la population dans la région métropolitaine de Montréal selon le lieu de naissance, 1981(1).

Lieu de naissance	Nombre	%	Concentration en %
Population née au Canada	2 345 175	83,8	40,1
. au Québec	2 219 345	79,3	39,6
. dans une autre province	125 830	4,5	52,6
Personnes nées à l'étranger de citoyenneté canadienne par naissance	3 780	0,1	59,4
Population immigrée	449 085	16,1	86,4
Italie	85 415	3,1	96,6
Royaume-Uni	36 210	1,3	85,6
Grèce	27 705	1,0	97,9
France	26 075	0,9	71,4
Haïti	24 235	0,9	94,0
Etats-Unis	20 655	0,7	53,7
Portugal	18 415	0,7	96,3
Pologne	18 190	0,7	93,8
Egypte	13 135	0,5	95,3
U.R.S.S.	12 385	0,5	93,3
Allemagne	11 825	0,4	76,7
Vietnam	9 360	0,3	92,5
Maroc	8 950	0,3	95,2
Hongrie	8 220	0,3	92,0
Inde	7 735	0,3	94,5
Liban	6 415	0,2	87,7
Belgique	6 385	0,2	68,2
Roumanie	6 245	0,2	96,4
Jamaïque	6 165	0,2	98,9
Trinité et Tobago	5 530	0,2	98,4
Yougoslavie	5 150	0,2	92,5
Espagne	4 960	0,2	98,2
Tchécoslovaquie	4 215	0,2	91,5
Philippines	4 000	0,1	97,7
Taïwan	3 430	0,1	59,2
Chili	3 325	0,1	96,4
Turquie	3 320	0,1	90,9
Israël	3 320	0,1	97,4
Barbade	3 185	0,1	97,5
Chine	3 070	0,1	58,2
Autres pays	51 840	1,9	92,3
Total	2 798 040	100,0	43,3

(1) Ne comprend pas les pensionnaires d'institution.

Source: Recensement du Canada 1981, compilation spéciale.

Tableau 12: Structure par âge (en %) de la population née à l'étranger selon le pays de naissance, Québec, 1981 (1).

Pays de naissance	Grands groupes d'âges			Total = 100%
	0 - 14	15 - 64	65 +	
Italie	1,8	86,4	12,0	88 895
Royaume-Uni	5,2	64,2	30,6	42 740
Etats-Unis	15,1	60,9	24,0	40 415
France	7,8	86,5	5,7	37 155
Grèce	3,0	89,8	6,2	28 635
Haïti	22,3	83,6	4,1	25 850
Portugal	8,8	86,2	4,9	21 595
Pologne	2,6	60,2	39,2	19 540
Allemagne fédérale	12,0	78,1	9,9	14 170
Egypte	2,7	88,4	8,9	13 720
U.R.S.S.	1,0	46,8	53,0	13 250
Vietnam	20,2	76,2	3,0	11 365
Belgique	5,3	82,1	12,0	9 460
Maroc	9,1	89,1	1,8	9 405
Hongrie	2,5	72,7	27,8	8 945
Inde	10,1	86,2	3,7	8 215
Liban	12,6	83,1	4,4	7 335
Roumanie	2,2	62,2	35,6	6 485
Jamaïque	11,3	84,1	4,6	6 250
Espagne	5,5	88,2	6,3	5 700
Trinité et Tobago	7,4	89,3	3,3	5 640
Yougoslavie	2,3	86,3	11,4	5 605
Suisse	14,2	76,9	8,9	5 065
Tchécoslovaquie	2,4	72,4	25,2	4 610
Philippines	11,2	82,7	6,1	4 095
Chili	27,0	70,8	2,2	3 900
Taïwan	4,5	81,9	13,6	3 820
Pays-Bas	7,3	83,3	9,4	3 685
Chine	4,6	78,2	17,2	3 490
Turquie	2,9	64,8	32,3	3 435
Israël	22,7	75,5	1,8	3 415
Kampuchea	31,0	67,7	1,3	3 370
Barbade	5,1	87,7	7,2	3 265
Autriche	1,7	62,7	35,6	3 200
Syrie	7,2	83,3	9,6	2 690
Hong-Kong	13,1	84,4	2,5	2 600
Laos	33,5	66,9	0,6	2 445
Pakistan	11,2	85,5	3,3	2 410
Allemagne de l'Est	0,3	82,0	18,7	2 385
Guyane	8,8	85,8	5,5	2 215
Algérie	3,2	92,0	4,8	2 200
Colombie	17,2	80,8	2,0	1 805
Argentine	14,6	81,3	4,1	1 580
Maurice	10,2	87,9	1,3	1 485
Tunisie	5,5	88,1	6,4	1 305
Pérou	11,4	87,3	1,3	1 145
Iran	13,6	82,2	4,2	1 070
Irlande	2,0	67,3	30,2	1 010
Mexique	18,2	79,2	2,6	960
Irak	2,7	76,3	21,0	930
Total	7,5	78,2	14,3	525 955

(1) Ne comprend pas les pensionnaires d'institution.

Source: Recensement du Canada 1981, compilation spéciale.

Tableau 8: Population du Québec selon le lieu de naissance, 1981[1]

Lieu de naissance	Nombre	%
Population née au Canada	5 843 115	91,74
. au Québec	5 603 885	87,99
. dans une autre province	239 235	3,75
Personnes nées à l'étranger de citoyenneté canadienne par naissance	6 360	0,10
Population immigrée	519 595	8,16
Italie	88 395	1,39
Royaume-Uni	42 280	0,66
Etats-Unis	38 485	0,60
France	36 540	0,57
Grèce	28 300	0,44
Haïti	25 780	0,41
Portugal	21 430	0,34
Pologne	19 450	0,31
Allemagne	15 415	0,24
Egypte	13 700	0,22
U.R.S.S	13 200	0,21
Vietnam	11 345	0,18
Maroc	9 405	0,15
Belgique	9 365	0,15
Hongrie	8 930	0,14
Inde	8 180	0,13
Liban	7 315	0,11
Roumanie	6 480	0,10
Jamaïque	6 235	0,10
Espagne	5 645	0,09
Trinité et Tobago	5 620	0,09
Yougoslavie	5 565	0,09
Suisse	5 010	0,08
Tchécoslovaquie	4 605	0,07
Philippines	4 095	0,06
Chili	3 895	0,06
Taïwan	3 820	0,06
Pays-Bas	3 650	0,06
Chine	3 480	0,05
Turquie	3 430	0,05
Israël	3 410	0,05
Kampuchea	3 370	0,05
Barbade	3 265	0,05
Autriche	3 200	0,05
Syrie	2 670	0,04
Hong-Kong	2 575	0,04
Laos	2 445	0,04
Pakistan	2 400	0,04
Guyane	2 200	0,03
Algérie	2 185	0,03
Autres pays d'Afrique	7 375	0,12
Autres pays d'Amérique du Sud	7 225	0,11
Autres pays d'Asie	5 575	0,09
Autres pays d'Europe	4 340	0,07
Pays d'Amérique centrale	2 890	0,05
Autres pays des Antilles	2 710	0,04
Pays d'océanie	1 115	0,02
Autres pays d'Amérique du Nord	435	0,01
Autres pays n.m.a.	1 150	0,02
Total	6 369 065	100,00

(1) Ne comprend pas les pensionnaires d'institution.

Source: Recensement du Canada 1981, compilation spéciale.

Tableau 7: Population du Québec selon la langue parlée à la maison, par sexe, 1981[1].

Langue parlée	Femmes	Hommes	Total	
			Nombre	%
Français	2 660 610	2 596 220	5 256 830	82,34
Anglais	414 590	394 555	809 145	12,70
Autochtone	11 530	12 725	24 255	0,38
Amérindien	9 335	10 445	19 780	0,31
Inuktituk	2 195	2 280	4 475	0,07
Autres langues	140 330	138 510	278 840	4,38
Italien	49 645	51 220	100 865	1,58
Grec	18 620	19 180	37 800	0,59
Portugais	10 555	10 385	20 935	0,33
Espagnol	8 210	7 570	15 780	0,25
Langues indochinoises	6 025	7 050	13 075	0,21
Vietnamien	3 940	4 590	8 535	0,13
Cambodgien	1 220	1 255	2 475	0,04
Laotien	865	1 205	2 075	0,03
Chinois	6 150	6 235	12 390	0,19
Allemand	4 725	4 075	8 800	0,14
Arabe	4 130	4 295	8 420	0,13
Arménien	4 255	3 995	8 250	0,13
Polonais	3 975	3 545	7 520	0,12
Yiddish et Hébreu	3 575	3 340	6 905	0,11
Yiddish	2 805	2 580	5 380	0,09
Hébreu	770	760	1 525	0,02
Ukrainien	3 005	2 810	5 810	0,09
Hongrois	2 710	2 260	4 970	0,08
Langues indo-pakistanaises	2 185	2 420	4 600	0,07
Ourdou	445	540	985	0,02
Pendjabi	425	450	880	0,01
Hindi	355	340	695	0,01
Autres langues indo-pakistanaises n.d.a.	235	320	540	0,01
	725	770	1 500	0,02
Langues yougoslaves	1 780	1 610	3 390	0,05
Tchèque et Slovaque	1 030	905	1 935	0,03
Tchèque	580	535	1 115	0,02
Slovaque	445	370	815	0,01
Langues baltes	1 020	850	1 870	0,03
Lituanien	500	430	935	0,01
Letton	265	235	500	0,01
Estonien	250	180	430	0,01
Roumain	1 040	830	1 860	0,03
Russe	885	685	1 565	0,02
Langues philippines	940	530	1 470	0,02
Philippin	645	405	1 050	0,01
Tagal	295	125	420	0,01
Langues néerlandaises	690	615	1 305	0,02
Iranien	230	250	475	0,01
Japonais	255	195	450	0,01
Langues scandinaves	185	220	405	0,01
Autres langues	4 510	3 440	7 985	0,13
Total	3 227 060	3 142 010	6 369 070	100,00

(1) Ne comprend pas les pensionnaires d'institution.

Source: Recensement du Canada 1981, cat. 92-910.

Tableau 1: Population du Québec selon la langue maternelle par sexe, Québec, 1981.

Langue maternelle	Femmes	Hommes	Total Nombre	%
Français	2 698 995	2 608 015	5 307 015	82,48
Anglais	359 425	346 690	706 110	10,97
Autochtone	13 900	14 175	28 075	0,43
Amérindien	11 675	11 860	23 535	0,36
Inuktituk	2 225	2 315	4 540	0,07
Autres langues	193 890	203 315	397 205	6,17
Italien	63 945	69 765	133 705	2,08
Grec	21 225	22 600	43 825	0,68
Portugais	12 495	13 000	25 495	0,40
Allemand	12 370	11 690	24 060	0,38
Espagnol	10 385	10 445	20 830	0,32
Chinois	7 580	7 695	15 275	0,24
Polonais	7 655	7 380	15 050	0,23
Yiddish et Hébreu	7 795	7 220	15 015	0,23
Yiddish	6 540	5 850	12 395	0,19
Hébreu	1 255	1 370	2 620	0,04
Arabe	6 020	8 320	14 335	0,22
Langues indochinoises	6 300	7 395	13 700	0,21
Vietnamien	3 805	4 705	8 515	0,13
Cambodgien	1 395	1 525	2 925	0,05
Lactien	1 100	1 165	2 260	0,04
Ukrainien	5 470	5 300	10 765	0,17
Hongrois (Magyar)	5 045	5 420	10 460	0,16
Arménien	4 575	4 660	9 230	0,14
Langues indo-pakistanaises	2 950	3 570	6 520	0,10
Ourdou	630	885	1 515	0,02
Hindi	555	615	1 170	0,02
Pendjabi	500	595	1 095	0,02
Bengale	175	245	420	0,01
Tamoul	105	145	250	-
Autres	115	145	255	-
Indo-pakistanais n.d.a.	870	940	1 815	0,03
Langues néerlandaises	2 825	2 675	5 495	0,09
Néerlandais	2 200	2 150	4 350	0,07
Flamand	625	525	1 145	0,02
Langues yougoslaves	2 285	2 655	4 935	0,08
Croate	540	610	1 145	0,02
Serbe	100	135	235	-
Slovène	160	170	330	-
Yougoslave n.d.a.	1 485	1 745	3 225	0,05
Tchèque et Slovaque	1 920	2 075	3 995	0,06
Tchèque	1 005	1 095	2 095	0,03
Slovaque	915	980	1 900	0,03
Langues baltes	1 890	1 690	3 585	0,06
Lituanien	1 010	950	1 965	0,03
Letton	480	440	920	0,01
Estonien	400	295	695	0,01
Roumain	1 800	1 760	3 565	0,06
Russe	1 600	1 285	2 825	0,04
Langues philippines	1 480	795	2 280	0,04
-Philippin	1 140	620	1 755	0,03
Tagal	345	180	525	0,01
Langues scandinaves	870	865	1 735	0,03
Iranien	340	565	900	0,01
Japonais	495	400	895	0,01
Finlandais	495	280	780	0,01
Turc	295	375	670	0,01
Coréen	310	275	585	0,01
Autres langues	3 465	3 160	6 625	0,10
Total	3 266 210	3 172 195	6 438 405	100,00

Source: Recensement du Canada 1981, cat. 92-902.